

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1956

THÈSE

130
N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

René COLLA

Né le 27 Janvier 1926, à Gap (Hautes-Alpes)

Présentée et soutenue publiquement le

1956

LE TRAVESTISSEMENT HABITUEL

Président : M. JUSTIN-BESANÇON, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29

1956

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : COLLA

Prénom : RENÉ

Date de soutenance :

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque)

COLLA (RENÉ). — Le travestissement habituel. — Paris, Imp. R. Foulon, 1956, in-8°, 68 p., 1 fig.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1956, N°).

COLLA (RENÉ). — Le travestissement habituel. — Paris, Imp. R. Foulon, 1956, in-8°, 68 p., 1 fig.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1956, N°).

COLLA (RENÉ). — Le travestissement habituel. — Paris, Imp. R. Foulon, 1956, in-8°, 68 p., 1 fig.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1956, N°).

COLLA (RENÉ). — Le travestissement habituel. — Paris, Imp. R. Foulon, 1956, in-8°, 68 p., 1 fig.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1956, N°).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1956

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

René COLLA

Né le 27 Janvier 1926, à Gap (Hautes-Alpes)

Présentée et soutenue publiquement le

1956

LE TRAVESTISSEMENT HABITUEL

Président : M. JUSTIN-BESANÇON, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1956



DOYEN HONORAIRE :

M. Baudouin

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Baudouin, Bénard (H.), Cadenat, Carnot, Chabrol, Champy, Chevassu, Delbet, Donzelot, Gastinel, Guillaïn, Halphen, Harvier, Laroche (G.), Laubry, Lemaître, Lemierre, Lévy-Solal, Lhermitte, Lian, Loeper, Marion, Mathieu, Mocquot, Mondor, Mulon, Olivier (E.), Ombrédanne, Sannié, Sézary, Tanon.

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSESEUR Jean VERNE

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie pathologique	DELARUE (A.)
Bactériologie	N...
Biologie appliquée à l'Education physique et aux sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	VERNE (J.)
Cancérologie médicale et sociale	N...
Carcinologie	OBERLING (C.)
Chimie médicale	JAYLE (M.-F.)
	Hôtel-Dieu
	Broussais
Cliniques chirurgicales	DE GAUDART-D'ALLAINES (F.)
	Salpêtrière
	Cochin
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	QUÉNU (J.)
Clinique de cardiologie	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	MOUQUIN (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	FÈVRE (M.)
Clinique de la tuberculose	MONOD (R.)
Clinique de neuro-chirurgie	BERNARD (Et.)
Clinique de puériculture	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LELONG (M.)
Clinique des maladies du sang	DEGOS (R.)
Clinique des maladies du système nerveux	CHEVALLIER (P.)
Clinique des maladies des enfants	ALAJOUANINE (T.)
Clinique des maladies infectieuses	DEBRÉ (R.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	MOLLARET (P.)
Clinique gynécologique	DELAY (J.)
	FUNCK-BRENTANO (P.)
	Hôtel-Dieu
Cliniques médicales	N...
	Bichat
	Cochin
	Broussais
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique	DE GENNES (L.)
Clinique médicale propédeutique	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition	PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)
	BOULIN (R.)
Cliniques obstétricales	LANTUÉJOUL (P.)
	Tarnier
	Baudelocque
	Port-Royal
Clinique ophtalmologique	N...
Clinique oto-rhino-laryngologique	LACOMME (M.)
Clinique physio-pathol. des problèmes alimentaires	VELTER (E.)
Clinique psychiatrique infantile	AUBIN (A.)
Clinique rhumatologique et sociale	RICHE (C.)
Clinique stomatologique	HEUYER (C.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	COSTE (F.)
Clinique thérapeutique médicale	DECHAUME (M.)
Clinique urologique	SÉNÈQUE (J.)
	LEMAIRE (A.)
	FÉY (B.)

Embryologie	GIROUD (A.)
Génétique médicale	LAMY (M.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N...
Histologie	N...
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (C.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIÉDELIÈVRE (R.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	MÉNEGAUX (G.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LENÈGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (chaire à titre personnel)	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	BARIÉTY (M.)
Pathologie et thérapeutiques générales	GARCIN (J.)
Pédiatrie sociale	MARIE (J.)
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R.)
Physico-chimie médicale (chaire à titre personnel)	DOGNON (A.)
Physiologie	BINET (L.)
Physique médicale	STROHL (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale	MOULONGUET (P.)
Thérapeutique	TURPIN (R.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

MM.		MM.	
Anatomie	{ DELMAS (A.) <i>pr. s. ch.</i> DEBEYRE (J.) OLIVIER N...	Obstétrique	{ MORIN (P.) RAVINA (J.) N... N...
Anatomie pathologique	{ GAUTHIER-VILLARD (Mlle P.) <i>pr. s. ch.</i> BUSSER (F.) GOUYGOU (Ch.)	Ophtalmologie	{ DESVIGNES (P.) N...
Bactériologie	{ NÉVOT (A.) N...	Orthopédie	JUDET (R.)
Biochimie médicale	{ ETTORI (J.) <i>pr. s. ch.</i> N... N...	Oto-rhino- laryngologie	{ AUBRY (M.) MADIRO (M.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)	Parasitologie	{ CHABAUD (A.) N... ABOULKER (P.) BAUMANN (J.) GOSSET (J.) LAURENCE (G.) LORTAT-JACOB (J.) OLIVIER (Cl.) POILLEUX (F.) VERNE (J. M.) N... N... N... N... N... N... N...
Dermato- Syphiligraphie	DUPERRAT (F.)	Pathologie chirurgicale	{ N... N... N... N... N... N... N... N...
Embryologie	TUCHMANN	Pathologie expérimentale	{ N... N... BERNARD (J.) BOUDIN (G.) CASTAIGNE (P.) CONTE (M.) DOMART (A.)
Histologie	{ BULLIARD (H.) <i>pr. s. ch.</i> N... N...	Pathologie médicale	{ N... N... N... N... N... N... N... N...
Hydrologie	N...		
Hygiène	{ BOYER (J.) <i>pr. s. ch.</i> DEPARIS (M.) <i>pr. s. ch.</i>		
Maladies infectieuses	N...		
Médecine légale et du travail	{ DEROBERT (L.) <i>pr. s. ch.</i> GAULTIER (M.) HADENGUE (A.) N...		
Neurochirurgie	DAVID (M.)		
Neurologie	N...		
Obstétrique	{ GRASSET (J.) LEPAGE (F.) MERGER (R.)		

	MM.		MM.
Pathologie médicale . . .	LAMOTTE (M.)	Physiologie . . .	{ BARJETON (D.) <i>pr. s. ch.</i>
	LAROCHE (Cl.)		{ PARROT (J.) <i>pr. s. ch.</i>
	MILLIEZ (P.)		{ DEJOURS (P.)
	PÉQUIGNOT (H.)	Physique	
	PERRAULT (M.)	médicale . . .	{ D'JOURNO (A.) <i>pr. s. ch.</i>
	RAMBERT (P.)		{ GOUGEROT (L.) <i>pr. s. ch.</i>
	THIEFFRY (St.)	Pneumo-	
	TURIAF (J.)	Phtisiologie . .	KREIS (B.)
	N...	Psychiatrie . .	N...
	N...	Psychiatrie	
Pédiatrie . . .	N...	infantile . .	MICHAUX (Z.)
	N...	Rhumatologie . .	N...
	JOSEPH (R.)	Stomatologie . .	{ CHAPUT (Mme A.)
	N...		{ CERNÉA (P.)
	N...	Thérapeutique .	N...
Pharmacologie .	CHEYMOL (J.) <i>pr. s. ch.</i>	Urologie . . .	KUSS (R.)
	LÉVY (Mlle J.) <i>pr. s. ch.</i>		

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

	MM.		MM.
Clinique chirurgicale . . .	AMELINE (A.)	Clinique	{ HAGUENAU (M.) <i>pr. s. ch.</i>
	HUGUIER (J.)	médicale . . .	{ HAMBURGER (J.)
	LÉGER (L.)		{ KOURILSKY (R.)
	PADOVANI (P.)		{ MARCHAL (G.)
	PATEL (J.)		{ SOULIÉ (E.)
	ROUX (M.)	Clinique	{ ESCALLE (G.)
	RUDLER (J. C.)	obstétricale . .	{ MAYER (M.)
Clinique médicale . . .	SICARD (A.)		{ VARANGOT (J.)
	BROUET (G.)	Clinique	
	N...	ophtalmologique {	OFFRET (G.)
	DECOURT (J.)		RENARD (G.)
	DREYFUS (Gilbert)	Clinique	
	FAUVERT (R.)	urologique . .	COUVELAIRE (R.)

Secrétaire général de la Faculté M. MOREL (J.)
 Secrétaire Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur, chargé de la direction M. le Docteur HAHN (A.)
 Conservateur Mlle GOICHON
 Bibliothécaires { Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.)
 { LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

*Qui aurait été heureux de voir son souhait
réalisé.*

A MA MÈRE

*En gage de reconnaissance et d'affec-
tueuse gratitude.*

A MA FEMME

*Dont la présence en de difficiles moments
m'a permis de mener à bien mes études.
Avec toute mon affection.*

A MON FRÈRE

Pour l'aide précieuse apportée.

A TOUS MES AMIS

*Qui m'ont encouragés par leur bienveil-
lante sympathie.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JUSTIN-BESANÇON

Professeur de la Chaire d'Hydrologie et Climatologie thérapeutique

Médecin des Hôpitaux

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

*En remerciement du grand honneur qu'il
m'a fait en acceptant la présidence de cette
thèse et en témoignage de ses précieuses
leçons.*

A MON MAITRE
MONSIEUR LE DOCTEUR KLOTZ

*Qui avec une extrême bienveillance nous
prodigua ses conseils et apporta une aide
précieuse dont nous lui sommes reconnais-
sant.*

A NOS MAITRES

Pour leur enseignement clinique.

MONSIEUR LE DOCTEUR DEROT

MONSIEUR LE PROFESSEUR FUNCK-BRENTANO

MONSIEUR LE DOCTEUR WORMS

MONSIEUR LE DOCTEUR LEIBOVICI

MONSIEUR LE PROFESSEUR JULIEN MARIE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARCEL PERRAULT

MONSIEUR LE DOCTEUR VIGNALON

MONSIEUR LE DOCTEUR PERETTI DELLA ROCCA

MONSIEUR LE PROFESSEUR ALAJOUANINE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DELAY

MONSIEUR LE DOCTEUR BOREL

INTRODUCTION

En abordant l'étude du travestissement habituel, nous voudrions attirer l'attention sur des sujets qui en France semblent n'avoir pas jusqu'à ce jour retenu les études des Médecins.

Les cas sont peu nombreux si l'on isole, comme nous le ferons dans un but de différenciation, le syndrome de travestissement habituel des nombreux cas d'intersexualité dont il n'est en somme qu'une forme clinique : le symptôme principal étant le désir de se montrer dans l'habillement du sexe opposé, le travesti accordant à l'apparence externe de l'habillement un caractère sexuel en rapport avec son inversion psychique.

Comme nous essayerons de le montrer dans notre thèse, nous ne pensons pas que nous soyons en présence d'un syndrome purement psychique : il s'agit en fait d'un syndrome constitutionnel, différents petits signes physiques le rattachant à des signes d'intersexualité qui, à notre avis, avec le début précoce dans la première enfance des perturbations psychiques avec incertitude du sexe éprouvé par le sujet, marquent le caractère constitutionnel de l'affection.

Le travestissement, dans le sens le plus large du mot, doit être pris comme un symptôme qui apparaît dans certaines conditions ; c'est seulement à travers une analyse clinique qu'il est possible de distinguer ses différents états, conséquence d'une névrose obsessionnelle centrée sur un ou plusieurs articles de l'habillement pour lequel se développe un intérêt dans le troc d'habit.

Dans notre étude, nous ne considérerons que le travestissement habituel et non le travestissement épisodique. Il n'est pas rare que chez les hommes homosexuels se développe le désir de s'habiller en femme, de se parfumer et de porter des bijoux. Dans ce cas, le besoin de travestissement dû à un intérêt sexuel passe au second plan.

La catégorie de vrais travestis, pour lesquels le désir est si important, justifient la désignation anglaise de « *genuine travestism* ».

Certains auteurs ont réservé à cette catégorie de travestis le terme d' « éonisme », mais nous pensons qu'il ne semble pas justifié si nous nous rapportons à l'historique de la vie du Chevalier d'EON qui fait plutôt parti des travestis épisodiques et qui semblent s'être servi du travesti plutôt que l'avoir subi.

HISTORIQUE

Les travestis mâles, isolés par Magnus HIRSCHFELD, dans l'étude du féminisme ou gynandroïdisme psychique constitutionnel, représentent le degré le plus élevé de l'ambiguïté sexuelle psychologique.

Un exemple historique nous est donné par le Chevalier d'EON, né à Tonnerre en 1728, qui eut, semble-t-il, une vie bisexuelle, vivant tantôt comme un homme, tantôt comme une femme.

Soldat courageux, il fut décoré sur les champs de bataille, se comportant comme un homme dans le sens le plus viril du mot.

Son succès était tel, travesti en femme, que Louis XV l'envoya en mission en Russie où, habillé en femme, il gagna les faveurs de la Tsarine Elisabeth, devint sa lectrice et eut une grande influence à la cour de Russie.

Il revint à cette même cour de Russie habillé en homme et comme secrétaire d'ambassade, se donnant comme le frère de son sosie féminin.

Plus tard, il fut exilé en Angleterre mais reçut l'autorisation de rentrer en France sous la condition de n'y paraître qu'en femme.

Collaborateur distingué à l'*Année littéraire* de FRÉRON, il publia ses mémoires réunis sous le titre : « *Loisirs du Chevalier d'EON sur divers sujets d'administration, pendant son séjour en Angleterre (1775)* ». ».

Les traits féminins étaient si marqués chez le Chevalier d'EON qu'il était pris pour un hermaphrodite femelle.

Ses organes génitaux examinés après sa mort à Londres par un chirurgien britannique, COPELAND, étaient typiquement mâles.

Les cas de travestissements qui ont été décrits jusqu'à présent l'ont été le plus souvent au cours d'études des Docteurs HIRSCHFELD, MARANON, HAVELOCK, ELLIS, Geoffroy SAINT-HILAIRE, WEIL, STEKEL, Marie BONAPARTE, etc., et plus récemment HAMBURGER, de Copenhague.

HAMBURGER et HAVELOCK-HELLIS semblent préférer le terme d'éonisme à celui de travesti.

HIRSCHFELD (1) mit en relief les modifications morphologiques dans l'inversion psychique, en particulier élargissement anormal du bassin mâle par rapport au diamètre de la ceinture scapulaire, de même WEIL (2) et MARANON insistèrent sur ce point, soulignant qu'à une étude minutieuse, la morphologie de ces individus avait des caractéristiques féminines.

HIRSCHFELD créa dans le cadre de l'ambiguïté sexuelle, le groupe spécial des « travestiten » où l'apparence invertie s'affiche par l'adoption de vêtements, atours et maquillages seyant au sexe contraire avec hétérosexualité.

STEKEL (3), MARANON et les psychiatres, en particulier, critiquèrent cette manière de voir, démontrant qu'une analyse approfondie de tels individus finit par déceler des signes équivoques d'homosexualité plus ou moins réprimés.

MARANON cite un cas où l'homosexualité fut réfrénée de nombreuses années durant pour éclater au début de sa maturité par une aventure homosexuelle scandaleuse.

KRAFFT-EBING, comme beaucoup d'auteurs ayant analysé les cas de travestissement sous l'angle psychiatrique, ne classe pas les travestis dans une catégorie particulière, mais les cite dans différentes formes congénitales d'inversion sexuelle, soulignant le caractère constitutionnel de ce syndrome. Chez KRAFFT-EBING, on trouve la classification suivante pour les inversions sexuelles :

- Hermaphrodisme psychosexuel chez lesquels on retrouve des traces d'hétérosexualité, dans lequel entrent les travestis.
- Homosexualité proprement dite.
- Efféminisation et viraginité.
- Androginie et gynandrinie : dans ce cadre, l'inversion sexuelle coïncidant avec des anomalies importantes des caractères sexuels, en particulier des caractères sexuels secondaires. Comme l'ont souligné d'autres auteurs, en particulier CAWADIAS, MARANON, les troubles psychiatriques sont beaucoup plus rares quand les anomalies des caractères sexuels sont importants.

CAWADIAS souligne que c'est surtout aux cas cliniques, qu'il y a quelques années les auteurs appelaient intersexués modérés, que le médecin doit s'attacher, car ce sont de loin les cas les plus importants au point de vue médical.

(1) Sexual pathologie (Berlin, 1917-1918).

(2) Sexual reform und sexualwissenschaft (Stuttgart, 1922).

(3) Onania und Homosexualitat (Berlin, 1923).

En fait, ils ne sont pas modérés car les effets de cette forme de maladie sont beaucoup plus graves que ceux des intersexués gonadaux.

Les *intersexualités « extra-génitales »* modérées occasionnent beaucoup plus de misère de troubles d'adaptation et de conduite.

A l'appui de cette idée, nous pourrions citer plusieurs exemples chez des pseudo-hermaphrodites qui ne présentaient aucun trouble psychique.

Une observation intéressante tant du caractère héréditaire de l'intersexualité que du facteur constitutionnel associé à des troubles psychiques minimes, a été publié par CAVALLERO et ZANARDI (Milan) chez des intersexués gonadaux.

L'auteur cite 3 cas dans la même famille de pseudo-hermaphrodisme chez 3 femmes qui présentaient un habitus féminin normal mais sans ovaires (la vérification chirurgicale ayant été faite) et par contre avec des testicules dans la région inguinale. Ces trois sœurs avaient un psychisme et une conduite sexuelle féminine tout à fait normale.

Nous avons eu l'occasion, dans le Service du Docteur KLOTZ, de constater chez un malade, un psychisme masculin tout à fait normal dans un cas d'intersexualité avec hypospadias, gynécomastie, chez lequel avait été pratiquées plusieurs interventions chirurgicales pour ectopie testiculaire. Ce jeune malade, outre ses tendances viriles se manifestant par le choix de sports virils (boxe par exemple), avait de son propre gré choisi la profession de tourneur.

D'autres auteurs se sont attachés à l'étude héréditaire de l'intersexualité sous toutes ses formes : MOORE, GOLDSMITH, BARR, dont nous verrons les théories dans l'étude pathogénique.

Près de nous, les Docteurs HAMBURGER et DAHL-IVERSEN (1953) rapportent un cas de travesti mâle qui a défrayé la chronique de nombreux journaux pour le traitement de démasculinisation chirurgicale employé par ces auteurs.

Cet auteur n'avait fait que continuer la voie ouverte par d'autres médecins.

BINDER (1933) rapporte 4 cas de travestis dont un a été traité chirurgicalement et dont nous rapportons l'observation :

— Le patient a été élevé dans un institut de pauvres. Jusqu'à l'âge d'aller à l'école, il fut habillé en fille (cheveux longs), la mère ayant le désir d'avoir une fille. Mésentente maritale : le mari réprimandait l'enfant en le traitant de fille manquée. Le patient fut malheureux quand on lui coupa les cheveux et qu'on l'obligea à porter des vêtements masculins. De quatorze à dix-sept ans, il tra-

vaillait dans une ferme, portant de nouveau des vêtements de fille et un nom féminin.

Physiquement mal développé. A vingt ans, retard de développement physique, testicules petits, pénis de petite dimension, pas de poussée de barbe, peu de pilosité pubienne, ignorance et inactivité sexuelle ; il urinait comme une fille en s'asseyant. Après la vingtième année, *les signes sexuels secondaires* se développent et, à vingt-quatre ans, le développement physique est normal ; à cet âge, premières érections et pollutions ; plus tard, masturbation et dégoût des organes sexuels qu'il ne voulait ni toucher ni regarder. De vingt-cinq à trente ans, *véritable gynécomastie qui disparut plus tard.*

Au point de vue sexuel, attirance vers les hommes hétérosexuels, mais *dégoûts pour les hommes homosexuels.* Il fut à plusieurs reprises amoureux des hommes, mais il n'avait pas de relations sexuelles. *Il se considérait lui-même comme une femme*, mais craignant la moquerie, il ne vivait pas en femme. Plus tard, en apprentissage chez un forgeron, puis restant plusieurs années dans une même famille, il se procurera une garde-robe féminine : amoureux d'un camarade masculin, il éprouvera de la jalousie envers les amies filles de celui-ci.

A quarante et un ans, il consultera un psychiatre, il donne alors libre cours à son désir de mener la vie d'une femme et de s'habiller en femme, désire devenir infirmière ou nurse. Puis vint une véritable haine envers ses organes sexuels avec essai de mutilation par ligatures.

Examen objectif : proportions mâles, pilosité peu fournie mais de type masculin, organes sexuels extérieurs normaux, prostate petite, vésicules séminales perceptibles.

A quarante-deux ans, castration, le registre des naissances le porte alors sur le sexe féminin.

Dix-neuf ans plus tard, on nous transmet que le patient après ce changement sexuel avait mené une existence sociale normale avec un bon rendement à son travail, un équilibre physique et mental à peu près satisfaisant mais pas absolument normal. L'intervention avait été motivée par le danger d'une nouvelle mutilation et aussi dans l'espoir de pouvoir donner à ce malade une vie plus équilibrée en supprimant les organes sexuels tellement détestés.

BURGER-PRINZ (1953) rapporte le cas :

— D'un patient s'intéressant à des jeux de fille depuis sa plus tendre enfance. A huit ans, désirait être une fille.

Ejaculation à seize ans. A dix-huit ans, premier rapport hétérosexuel. Plus tard, une liaison homosexuelle dans laquelle il jouait le rôle du partenaire passif. Son penchant pour le travesti se développera de plus en plus et il portera des vêtements féminins, sort en femme avec une amie et va au cinéma avec des matelots. Les années suivantes, inactivité sexuelle, le désir de travestissement s'efface : se marie à vingt-six ans.

Au début, le ménage fut harmonieux : deux fils. Puis le malade fut cloué au lit par la maladie ; la puissance sexuelle diminua, puis impuissance, dégoût des rapports sexuels.

Examen physique : atrophie testiculaire, raccourcissement du pénis. Les tendances homosexuelles se développent, dépression psychique et complexes, le malade discernant ces modifications de sexe.

HIRSCHFELD décida une castration, le patient ayant alors trente-quatre ans. Cette intervention entraîne un grand soulagement chez le patient qui exigea alors une féminisation plus importante.

Les années suivantes, on pratique une amputation du pénis, une plastique vaginale, un vagin artificiel. Au cours des années suivantes, difficultés sociales pour avoir le droit d'être reconnu comme femme. A trente-sept ans, il vivait comme une sœur avec une femme ; il lui fut alors permis de porter un nom de femme, son mariage dissolu, son sexe socialement reconnu.

AUBERT (1947) : thèse sur 3 cas de travestissement.

Dans 2 cas, le désir de changer de sexe fut réalisé. Dans l'autre cas, il s'agissait d'une malformation héréditaire avec tendances pédophiles et zoophiles.

Dans un cas, travesti bisexuel avec psychopathie constitutionnelle et constitution intersexuelle :

La mère du patient désirait une fille et le patient, pendant les cinq premières années de sa vie, fut élevé et habillé en fille. A dix-onze ans, porte les vêtements de ses cousines. A quinze ans, puberté, pollution et dégoût pour cette transformation sexuelle. A dix-sept ans, relation hétérosexuelle avec une femme de seize ans son aînée.

A vingt-cinq ans, fiançailles avec une fille du même âge. Pas de satisfaction dans les rapports sexuels qui entraînent la rupture des fiançailles. Plus tard, relations homosexuelles. Relation lesbienne avec une femme homosexuelle. Physiquement tout à fait infantile, égocentrique, sans vergogne, sans honte, exhibitionniste, sentiment religieux superficiel ; deux condamnations de prison pour abus de confiance et espionnage. A vingt-six ans, commença à germer le désir de devenir une femme et de son propre chef absorba des préparations hormonales. Après une longue observation psychiatrique, on pratique à vingt-neuf ans la castration, l'amputation du pénis et la plastique vaginale.

Les années suivantes, le patient laisse pousser ses cheveux et vit comme femme, ayant quelques relations homosexuelles avec des hommes mais sans se servir de son vagin artificiel. Plus tard, on lui changea son sexe officiellement mais avec l'interdiction de se marier. Le cas, à l'époque, avait fait une grande publicité à cause des publications sur des illustrés suisses.

*
**

L'observation du Docteur HAMBURGER, une des dernières en date et des plus complètes, nous a semblé très intéressante. L'auteur rapporte le cas suivant :

Homme âgé de vingt-quatre ans. Première consultation en août 1950. Traitement en décembre 1952.

Mineur d'une famille de deux enfants. Sœur plus âgée pour laquelle il n'a jamais ressenti une grande affection.

Parents en bonne santé ; l'on ne trouve pas de sentiments exceptionnels envers eux de la part du patient.

Enfance très tranquille ; plutôt timide réservé, ayant peu d'amis.

Aussi loin que l'on remonte dans ses souvenirs, le patient a toujours désiré être une fille et il a répondu à cet appel en s'intéressant aux jeux de fille.

Il était très intéressé par les habits féminins et lui-même désirait s'habiller en fille. Il trouva difficilement d'autres enfants pour se joindre à lui.

Les années de la puberté ne changèrent en rien ses sentiments, qu'il était différent des autres garçons, mais il fut incapable de confier ses sentiments et de les faire partager à des proches : durant sa vie de jeune homme, il dresse en imagination un mur autour de lui-même pour garder le secret de son état personnel.

Il arrive à terminer ses études, mais il sent qu'il ne pourra donner le meilleur de lui-même, entravé comme il est par ce sentiment d'isolement.

Il essaye néanmoins de s'occuper par des choses normales pour essayer d'éviter de penser à lui-même.

Il devient évident pour lui qu'il sera incapable de se comporter socialement comme un homme. Il se sent femme et il ne peut éloigner l'idée que la nature l'a cruellement mystifié en lui donnant les apparences d'un homme.

Plus tard, il cédera à ses tendances au travestissement.

Il acquiert alors une collection complète de vêtements féminins et il les portera secrètement.

Fait important, le port des habits féminins entraîne une relaxation psychique constante et régulière.

Il n'entrera aucunement dans des relations homosexuelles.

En vérité, sa libido apparaît avoir été insignifiante. Il ressent un dégoût prononcé pour ses propres organes génitaux et pour son aspect physique mâle.

Il rase ses poils pubiens, leur donnant un aspect féminin. Il ne fit part à personne de cette légère transformation vers un aspect du sexe féminin, mais il en retire une grande satisfaction.

Le patient s'interrogeant toujours sur ce problème homme ou femme, s'intéresse aux problèmes biologiques sexuels, ce qui le poussa à s'adresser à un laboratoire technique ; il étudia la littérature endocrine qui pourrait lui être favorable. Pendant cette même période, il consulta un certain nombre de praticiens et de psychiatres.

Toujours ils considérèrent avec un grand scepticisme la possibilité de l'aider par des moyens psychothérapiques et souvent d'onéreux traitements lui furent prescrits.

Durant la même période, il s'administra de son propre chef des hormones œstrogènes (prises *per os*) à des doses toujours trop faibles pour produire un effet quelconque.

En août 1950, le patient consulte.

Il explique son cas. Psychasthénie extrême. Très déprimé depuis longtemps, il se sent dans l'impossibilité de vivre plus longtemps comme un homme.

L'auteur pense que ses idées de suicide était alors sincères.

En premier lieu, il exprima le désir d'être castré, soulignant que la plus détestable composante masculine de son corps était ses testicules.

Deuxièmement, il souhaita avec l'assistance médicale obtenir la possibilité de vivre d'aussi près que possible la vie d'une femme.

EXAMEN

PATIENT :

- Taille : 1,70 m.
- Thorax : 78 cm.
- Abdomen : 70 cm.
- Poids : 55 kg.
- Jambes : 88 cm (trochanter-plancher).
- Bras : 74 cm (acromion-extr. troisième doigt).

Aspect physique général aux formes assez féminines, asthénique.

Pigmentation du mamelon avec légère infiltration du parenchyme mammaire (survenue peut-être artificiellement après l'absorption d'œstrogènes); pas de gynécomastie à proprement parler.

Les poils des bras et des jambes sont rares.

Poils pubiens d'aspect féminin (transformation artificielle).

Pénis non érecté (longueur : 9 cm).

Testicules de volume un peu diminué mais de consistance normale.

Force musculaire moyenne. Voix de timbre naturel.

Toucher rectal : prostate de consistance et configuration normale.

Examen du sperme et biopsie testiculaire ne furent pas pratiqués.

T.A. : 120-75.

PERSONNALITE :

Patient d'intelligence élevée. Son mode d'expression a une tendance féminine. Il affectionne une voix et des gestes féminins. L'impression qui se dégage de son choix de vêtements masculins n'est pas dans le ton de sa personne. Les coloris sont criards pour un homme.

Sexuellement, il s'agit indubitablement d'un individu de type passif, il est très ennuyé de souvent être pris pour un homosexuel.

Il possède un caractère très complexe, se posant et posant très souvent des problèmes insolubles; ne se plaint pas de troubles aigus nerveux.

Il ne veut pas d'une solution psychothérapique, considérant que le problème est insolvable de ce côté.

Il semble particulièrement heureux d'avoir refusé tout traitement psychothérapique, restant de la sorte en accord avec ses propres sentiments, considérant qu'il lutterait contre lui-même et qu'il est en fait dans le vrai. Cette attitude lui pose souvent des problèmes insolubles et des difficultés insurmontables.

Si le malade avait accepté un traitement psychothérapique, l'auteur pense que cependant elle n'aurait pas été la thérapeutique souhaitable.

ANALYSES HORMONALES :

Sur deux spécimens d'urine de vingt-quatre heures :

	2 août	10 août
	—	—
Substances gonadotropes	< 50 M.U.	< 50 M.U.
Substances œstrogènes	< 20 M.U.	> 50 M.U.
Substances androgènes	13 I.U.	28 I.U.
17-cétostéroïdes	15,1 mg	15,4 mg

Ces chiffres sont sensiblement normaux pour l'âge du patient, mais il faut noter cependant :

- le dosage (2) de substances œstrogènes trop élevé ;
- le dosage (1) de substances androgènes trop bas.

L'auteur ne tire pas de conclusions de ces dosages qui ne lui paraissent pas suffisamment expressifs.

TRAITEMENT

Le traitement par la testostérone fut refusé par le malade, le patient confirmant sa décision irrévocable de ne pas revenir sur sa masculinisation.

L'auteur a expliqué que ce point était particulièrement important et délicat pour en faire comprendre l'importance au malade.

Après une longue observation, il fut décidé de pratiquer une *castration médicale à l'aide de substances œstrogènes*.

L'administration de substances œstrogènes permit aussi de vérifier l'effet des œstrogènes sur la sécrétion adrénocorticale.

Après administration d'œstrogènes, l'excrétion des 17-cétostéroïdes fut réduite à un chiffre inférieur de 1/3 à celui antérieur au traitement.

Cette observation montre que ce fut la production des 17-cétostéroïdes sécrétés par le testicule qui fut freinée et non ceux en provenance de la cortico-surrénale.

L'auteur a constaté que la période de castration hormonale a persisté pendant cinq mois en effectuant des dosages à partir du vingt-sixième jour après l'arrêt de tout traitement œstrogène.

L'inhibition de la fonction testiculaire s'est trouvée être réversible.

Au cours des premiers dix mois de l'observation du malade, la dose totale de substances œstrogènes a été de 95 mg de monobenzoate d'œstradiol (en solution huileuse) à raison de :

- 3 injections I.M. de 15 mg chacune ;
- 10 injections I.M. de 5 mg chacune ;
- et 13,9 mg d'éthynil-œstradiol *per os*.

L'inactivité testiculaire fut maintenue par une petite dose d'éthynil-œstradiol se chiffrant à 0,10 mg *per os*.

Simultanément à la baisse des 17-cétostéroïdes, fut constatée une atrophie des testicules et aussi un développement des seins.

Allant de pair avec cet état du patient, la libido et les érections disparurent. Il en fut de même de la tension psychique, un net état de relaxation continu et persistant étant noté.

C'est un point très important à noter. Le patient étant alors dans un état d'équilibre mental excellent et psychiquement très à l'aise.

Libéré de ces « stress » cérébraux qui dominaient sa vie antérieure, il travailla avec une vigueur accrue et pris beaucoup de goût à son métier. Et de par cet état psychique même, il est curieux de noter que le patient pouvait prévoir une excrétion basse des 17-cétostéroïdes avant même d'en être informé par le résultat des analyses.

A travers des investigations psychiques continues, on constata que son psychisme restait stable et sincère.

C'est alors que l'auteur pensa que la castration serait préférable à l'administration continue d'œstrogènes, ce qui rejoignait les désirs du malade.

En conséquence, l'auteur demandant la permission d'opérer qui lui fut accordée (opération effectuée au Copenhagen Country Hospital).

Le patient était alors âgé de vingt-six ans.

Durant les quatre mois précédant l'intervention, aucun œstrogène ne fut donné.

On constata, à l'examen microscopique des testicules : atrophie des tubules mais cellules interstitielles bien conservées.

Après l'opération, les 17-cétostéroïdes étaient diminués, au même niveau que durant l'administration des œstrogènes, et la sécrétion des 11-oxystéroïdes n'était pas influencée.

Une injection de 15 mg d'œstradiol fut sans effet sur les 17-cétostéroïdes.

Peu après l'opération, l'administration d'une très petite quantité d'éthynil-œstradiol (0,02 à 0,05 mg par jour) fut maintenue en administration *per os* pour maintenir la gynécomastie.

En ce qui concerne la pilosité, le patient, avant le traitement appliqué par nous, empêchait la pousse de sa barbe par un traitement physiothérapique. Il n'avait d'ailleurs jamais eu une pilosité faciale importante ; il avait aussi laissé pousser les cheveux librement.

L'aspect féminin des formes s'accrut à un degré tel que seule la présence du pénis et du scrotum révélaient que ce n'était pas une fille.

En outre, la voix devint plus féminine.

Le patient eu encore un dernier souhait : il désirait se débarrasser des derniers vestiges restant de sa personne mâle.

Ce souhait se maintenait fermement un an après la castration.

L'amputation du pénis et une chirurgie plastique du scrotum furent envisagées.

Le patient fut admis à l'hôpital chirurgical universitaire de Copenhagen :

« Le pénis fut réséqué avec implantation dans le périnée de l'urèthre disséquée à partir du corps caverneux.

« Par une chirurgie plastique, le scrotum fut transformé de façon à donner un aspect de lèvres.

« L'opération aboutit à la transformation de la région génitale qui a maintenant une apparence complètement féminine. »

Aucune complication opératoire et post-opératoire.

Dans des cas semblables, il est difficile de conclure et de conseiller aux médecins une intervention irréversible telle que l'amputation du pénis.

A côté de ces cas, on trouve quelques cas de démasculinisation sur indications psychiatriques :

— ABRAHAM (1931) : 2 cas ; — HUELKE (1949) ; — BOSS (1950) ; — BATTIGE (1952) ; — GLAUSS (1952).

A ces observations d'auteurs étrangers, nous joindrons 2 cas :

— L'un étudié par les Docteurs KLOTZ, BOREL et nous-mêmes, en cours d'observation.

— L'autre concernant un malade qui était venu nous consulter au cours d'un remplacement de médecin.

OBSERVATIONS

PREMIERE OBSERVATION

La charmante jeune femme (P... R...) qui pénétra dans notre salle d'examen, nous étonna bien quand elle nous dit qu'elle était constituée comme un homme, mais qu'elle se sentait une femme, et nous demandait d'agir sur ses glandes endocrines pour faire d'elle une femme normale.

Effectivement, cette jeune femme de vingt ans, d'allure séduisante, révélait en se déshabillant une morphologie masculine. Son histoire, apparemment égrillarde, nous posait en réalité un problème très sérieux, et même, par certains de ses aspects, profondément émouvant.

Ce sujet de vingt ans nous dit que depuis sa plus tendre enfance il a eu des goûts de fille, dans ses jeux, ses occupations. Il avait, à la naissance, un pied bot dont il a été opéré très jeune.

A seize ans, il est opéré pour *énurésie persistante* avec albuminurie, d'une *hydro-néphrose gauche* liée à une *sténose du méat urétéral*. On lui fait une *néphrectomie*. En même temps, sont traités chirurgicalement l'*ectopie double* et le *phimosis* qu'il présentait. A cet âge, ses *goûts de fille s'affirment*. Malgré les efforts de ses parents qui essaient de le détourner de ces occupations, ses seules joies sont d'aider sa mère dans les soins du ménage, à coudre, tricoter, faire la cuisine. Il est encore habillé en garçon, mais cet « accoutrement », pour employer son expression, lui vaut d'être suivi, et même abordé par des homosexuels qu'il fuit, car son père, inquiet de ses tendances, l'a mis en garde, et sa structure morale est très forte.

A dix-sept ans, il est très attiré par un garçon de sa classe et, dans ses *rêves*, imagine que celui-ci le prend, comme s'il était une femme, c'est-à-dire par voie vaginale.

Il essaie de lutter contre ce sentiment, qu'il sent très fortement en lui, qu'il est une femme. De dix-sept à vingt ans, il essaie de sortir avec des jeunes filles, de flirter avec elles ; mais le fait d'avoir une femme dans les bras lui provoque une *vive répugnance*. Il a l'impression d'une chose contre nature. Il n'éprouve aucune érection et ne peut avoir aucune relation sexuelle, même avec une jeune actrice, très jolie, qui était très amoureuse de lui. Il est totalement chaste.

C'est à cette époque qu'il commence à se travestir et, pour la commodité de ce début, il décide de former avec son frère un numéro de music-hall de chant et guitare ; dans ce couple de chanteurs, il est habillé en femme et la présence auprès de lui de son frère, que les gens de cabaret croient son ami, lui constitue une protection qui le rassure et éloigne de lui les amoureux éventuels.

Il porte de plus en plus souvent ses *habits de femme* et découvre qu'il ne se sent bien, en bonne santé, que dans un tel costume. C'est alors qu'ayant persuadé sa famille, dont il a gardé l'affection et l'estime par la rigueur de sa conduite, qu'il est effectivement une femme, considérée à tort comme un homme, qu'il obtient d'un médecin le conseil ou l'autorisation de se vêtir comme une femme et une prescription d'oestrogènes injectables.

Il fait en tout trois séries de dix injections de microcycladiène, de juin 1954 à septembre 1954, qui développent très légèrement sa poitrine et brunissent les aréoles de ses seins.

Lorsque nous examinons ce sujet, venu nous demander avec anxiété qu'il est bien, malgré les apparences extérieures, une femme, force nous est de constater qu'à tous points de vue, sauf psychique, il est un homme, avec un féminisme discret.

Morphologiquement, sa verge est normale, quoique un peu courte ; ses testicules sont d'une taille presque normale, fermes et sensibles à la palpation. Au toucher rectal, la prostate est petite, dure, sensible. Tout au plus peut-on noter le *caractère féminin* de la voix et un *léger cintrage de la taille*, très accentué par le port d'un corset. Cependant, l'allure extérieure est celle d'une jolie femme ; cette impression est liée au développement de la chevelure et à l'épilation du visage dont le système pileux, laissé à lui-même, serait sensiblement normal ; cependant, il est de fait que l'expression du visage et du regard est celle d'une jeune fille normale, beaucoup plus que celle d'un sujet équivoque, et nous retenons cette donnée qui sera reprise lors de l'examen psychiatrique. Sa démarche, ses gestes sont efféminés.

Du point de vue biologique, ce sujet a les constantes urinaires d'un homme :

— volume urinaire : 1.325 ;

— créatinine : 1,32 ;

— 3-stéroïdes (G.B.S. 13) : 22,5 mg ;

— 17-cétostéroïdes : 12,4 mg ;

— folliculine : 0 ;

— seule est à retenir une PRÉGNANDIOLURIE élevée à 5,5 mg ;

— les gonado-stimulines sont supérieures à 20 U.S., inférieures à 50 U.S. par vingt-quatre heures.

La biopsie testiculaire, enfin, du testicule droit aussi bien que du gauche, montre :

« Des tubes nombreux, dans lesquels on retrouve tous les échelons de la lignée séminale, à ceci près que les *spermatozoïdes y sont peu abondants* par rapport aux spermatides. Les spermatogonies ne présentent pas d'altération et la paroi des tubes n'est pas épaisse. Quant aux cellules de Leydig, elles sont bien développées et différenciées, encore que la présence de cristalloïdes y soit inconstante ; en résumé, il s'agit d'un testicule subnormal » (Christian Sors).

Mais le *psychisme* de ce sujet est profondément féminin. Il n'est débarrassé de son angoisse qu'habillé en femme. Depuis quelques mois, il a changé de ville et ne quitte plus son travesti féminin : il mène une vie de jeune femme, vaquant à son marché, s'occupant de son ménage. Il se destine à la couture. Sa libido est entièrement invertie. Il éprouve une répulsion totale, nous l'avons dit, à l'égard des relations féminines, qui lui apparaissent contre nature ; il est attiré physique-

ment par certains hommes, il est même actuellement légèrement amoureux d'un jeune homme de son voisinage qui lui fait la cour, mais l'idée même de relations homosexuelles lui répugne totalement. Il ne veut pas être un homosexuel, un pédéraste. Il a un mépris total pour cette catégorie d'individus. Il veut être une femme normale, sollicite anxieusement notre concours pour cette transformation, et nous demande avec une émotion vraie, que nous n'arrivons pas à juger ridicule, si la science en est arrivée à de tels progrès qu'il pourrait même avoir des enfants. Il a un idéal de vie très « pot-au-feu », veut fonder un foyer, avoir un mari et vivre en paix. Tout ceci nous est raconté avec simplicité et le psychisme de ce sujet nous apparaît comme celui d'une femme normale avec ses séductions féminines, et pas du tout comme celui d'un pervers.

Nous demandons donc un complément d'enquête psychiatrique et persuadons notre malade d'entrer en maison de santé, ce qui a l'avantage de le mettre à l'abri d'une découverte fortuite par la police de son sexe véritable et d'ennuis administratifs.

Les narco-analyses pratiquées pendant son séjour en clinique nous donnent le complément d'informations suivant :

« Le comportement de notre malade, en maison de santé, est très adapté, très syntone ; « elle » est gaie et enjouée, recherchant la compagnie de jeunes filles de son âge.

Les narco-analyses sont pratiquées au Nesdonal. Avant même l'injection, réaction de type hystéroïde, minauderies, craintes puériles, curiosité à l'égard de ce que « nous allons lui faire dire ». Les mêmes réactions réapparaissent plus accentuées encore pendant l'injection. Dès le début de la période hypnagogique, dramatisation de la situation vécue sur le mode anxieux : « Deviendrai-je un jour un être normal ? Je veux être une femme comme les autres, *cesser d'être un individu à part* ». Suit l'évocation de tout un tableau de vie conjugale : un mari bien à elle, qu'elle aime et qui l'aime, se représente une vie très « petit bourgeois », d'où elle exclut tout phantasme, toute représentation mentale de relations sexuelles. Pendant toutes les narco-analyses, l'évocation de ces phantasmes va être réprimée systématiquement ; il semble même que l'activité sexuelle n'entre pas dans le champ de ses préoccupations d'avenir, et que l'« amour » soit vécu sur un plan très sublimé.

Elle confirme n'avoir jamais ressenti de sensations voluptueuses au niveau des organes génitaux : tout au plus quelque humidité après des rêves érotiques au cours desquels elle se trouve toujours placée dans une situation passive et parfaitement « féminine ». Elle éprouve « dans sa chair », d'une façon qu'il est d'ailleurs très difficile de lui faire préciser, des sensations très vives, presque douloureuses « à l'intérieur de son corps, dans ses reins, dans son cœur », naturellement lors des contacts avec des garçons. Ces relations homosexuelles se sont limitées à quelques baisers, quelques caresses pudiques, car notre malade exprime une horreur des relations homosexuelles, considérées comme étant contre nature, hautement répréhensibles. C'est un thème qui reviendra souvent au cours de toutes les séances : « Je ne suis par une « tante », c'est ignoble, c'est immoral, je ne suis pas une détraquée morale, etc. ».

Elle s'étend longuement sur les humiliations subies au cours de son enfance, l'incompréhension de son père surtout, qui a tout fait pour contrarier ses goûts, ses jeux, ses attitudes féminines. Explique comment elle fut amenée à se travestir, tous détails sur lesquels nous n'insisterons pas, car la malade en parle avec beaucoup de complaisance à l'état de veille.

Elle évoque quelques souvenirs d'enfance, en particulier l'histoire suivante : lors d'une intervention chirurgicale, elle s'était endormie sous le masque avec l'espoir que le chirurgien comprendrait qu'elle *devait* devenir une femme, et qu'il allait intervenir en ce sens. A son réveil, elle a beaucoup pleuré en constatant qu'elle était toujours pourvue d'une verge. Elle *parle avec émotion de sa mère qui l'aime et la comprend, déclare qu'elle vit surtout pour elle*, et que l'amour qu'elle lui porte l'a souvent empêchée de considérer le suicide comme une solution. Les idées de suicide réapparaissent dès qu'on envisage avec elle *l'hypothèse d'un échec ou d'une impossibilité légale à pratiquer l'opération mutilante*.

Elle déclare ne pas vouloir revenir en arrière, ne pas vouloir reprendre les vêtements et l'habit d'un garçon ; et c'est alors qu'elle envisage de se suicider.

Le travestissement ne correspond chez elle à aucun fétichisme du linge féminin (elle n'éprouve aucune sensation voluptueuse à le porter), mais il correspond à un désir de s'identifier parfaitement à l'idéal féminin.

Elle se dit amoureuse d'un jeune homme qu'elle évoque fréquemment au cours de ses narcoses, elle l'aime, elle veut en avoir des enfants..., mais, peut-être, ajoute-t-elle, est-ce impossible. Il existe peut-être une ébauche de conviction délirante quant à la *possibilité d'un développement ultérieur des organes génitaux qui existeraient en elle à l'état rudimentaire et qui pourraient se développer ultérieurement*.

En conclusion, les narco-analyses n'ont pas révélé de conflit que le simple examen n'ait déjà mis à jour. Elles révèlent *la forte charge anxieuse de la situation, l'absence totale d'aspirations actives* et la position d'identification absolue au sexe féminin. A toujours parlé d' « elle » au genre féminin, au cours des séances ».

Telle est l'observation extraordinaire à partir de laquelle nous voudrions isoler parmi les états intersexuels, le cas très particulier et très rare de ce que nous nous proposons d'appeler *le travestissement habituel, forme constitutionnelle de l'inversion psychique*.

DEUXIEME OBSERVATION

Notre deuxième observation concerne Marie-André Sc..., quarante-cinq ans, « directrice » d'un maison de champagne depuis quatre ans, aîné d'une famille de trois enfants, ayant un frère âgé de trente-neuf ans, une sœur âgée de quarante-deux ans qui est mère de famille avec cinq enfants.

Au cours d'un remplacement de médecin, une malade vient nous consulter pour règles irrégulières, nous dit-elle. Depuis un an et demi, elle est traitée par les oestrogènes sans que l'on puisse préciser les doses reçues.

A l'examen, on constate que l'on est en présence d'un malade et non d'une malade, si l'on s'en tient aux organes génitaux primaires pour définir le sexe ; le motif de la consultation, le port d'habits féminins, la peau lisse du visage, la chevelure longue et soyeuse ne nous permettaient pas de prime abord de douter de l'exactitude des troubles pour lesquels « la malade » venait consulter.

Morphologiquement, l'ensemble de l'ossature est d'aspect masculin ; les épaules sont larges non tombantes ; la musculature peu saillante, le pannicule adipeux sous-cutané assez épais sur les membres. Chez ce patient de grande taille : 1,78 m (d'une famille de grands), la chevelure est longue, fine, soyeuse, le visage glabre, la pilosité sur les membres peu fournie, pas de pilosité thoracique, la pilosité pubienne horizontale naturellement. Il existe une vraie gynécomastie, les seins sont bien développés, de type féminin, ainsi que l'aréole et le mamelon.

Les organes génitaux sont de type masculin : la verge de dimension normale, les testicules un peu petits et mous, sensibles à la palpation ; par contre, on constate un raphé tendineux s'étendant de l'extrémité de la verge au milieu des bourses. Ce signe est intéressant à noter, car nous l'avions déjà constaté chez un malade hospitalisé dans le service du Docteur KLOTZ, qui présentait différents signes d'intersexualité mais chez lequel nous n'avions pas tenu ce signe comme prépondérant car il avait subi différentes interventions chirurgicales sur les bourses pour ectopie testiculaire et fixation des testicules. Notre malade n'a jamais subi d'intervention chirurgicale sur cette région et ce petit signe peut probablement être interprété comme une malformation congénitale qui aurait pu se traduire, si la malformation avait été plus importante, par un hypospadias, et plus encore par la persistance de lèvres.

Le canal inguinal est très perméable des deux côtés et l'on peut facilement replacer les testicules dans l'abdomen. Le réflexe crémastérien est très vif avec ascension unilatérales des testicules. Les autres réflexes tendineux sont normaux.

Au toucher rectal, on perçoit une petite prostate, sensible.

Il existe donc des petits signes nets d'intersexualité chez notre malade.

Malheureusement notre observation reste incomplète, notre malade n'ayant pu interrompre son activité pour nous permettre une étude plus complète en milieu hospitalier, qui nous aurait permis de faire des études hormonales, des biopsies testiculaires et cutanées, ainsi qu'un examen coelioscopique.

Le patient nous révèle qu'il a porté des vêtements féminins depuis son enfance.

Au début de sa vie, la coutume locale favorisa cette tendance au travestissement et pour la joie de sa grand-mère qui l'aimait beaucoup ainsi, il fut habillé avec des vêtements de fillette jusqu'à l'âge de sept ans. Il éprouvait une certaine fierté à être habillé en fillette et un sentiment agréable quand on le complimentait comme étant une jolie petite. Il aimait les jeux d'enfant calme.

A sept ans, il doit se vêtir en garçon pour se rendre à l'école et il éprouve un très grand regret à l'idée qu'il devra rester ainsi vêtu. Il fait part à sa mère de son désir de continuer à s'habiller en fille. Ce désir est fermement repoussé, mais quand il le peut l'enfant se vêt de la chemise de nuit de sa sœur.

Durant l'enfance, il participe aux jeux et sports de ses autres camarades et pratique le football, le basket-ball par plaisir du sport. Malgré ce contact habituellement générateur d'amitiés, il ne contracte aucune amitié réelle avec ses camarades

de jeux. Il a l'impression de ne pas être comme les autres garçons. Il semble ressentir une certaine infériorité qui lui fait à tout prix rechercher le commandement ce qui lui évite, nous dit-il, de le subir, car cela lui est intolérable.

Au point de vue affectif, il est assez hostile envers sa mère à laquelle il reproche d'avoir toujours été très injuste envers lui. Il aime bien son père qui, nous dit-il, semblait comprendre que sa mère était injuste envers lui. Il reproche à sa mère son incompréhension sur son cas et le fait que jamais celle-ci n'ait demandé l'avis d'un médecin ou d'un psychologue pour essayer de l'aider à résoudre ses problèmes. Au cours de l'adolescence, il nous signale que maintes fois il a désiré mettre fin à ses jours car il se sentait très malheureux.

C'est au cours de la puberté qu'apparut une petite gynécomastie avec une sensation de gêne mal définie par le malade au niveau des seins, sensation de tension semble-t-il.

Il faut noter aussi une cryptorchidie avec abaissement spontanée des testicules qui remontaient facilement dans l'abdomen.

Au cours de l'adolescence, il se change dans les bois, troquant ses vêtements masculins pour des habits féminins. Il prépare avec fébrilité plusieurs mois à l'avance les bals de la Mi-Carême qui lui permettent de satisfaire sa tendance en toute liberté et de choisir des vêtements féminins à son goût ; cela lui procure une grande joie, et même lui permet d'éviter bons nombres de maladresses.

Avec ses vêtements masculins, il se sent gauche, mal à l'aise, se tache facilement sans mauvaise volonté réelle ; alors qu'il sent naître une certaine coquetterie vêtu d'atours féminins, il se sent à son aise, ne commet plus de maladresses grossières, gardant intact sans difficulté ses vêtements.

L'état d'énervement habituel lorsqu'il est habillé en garçon disparaît et la réalisation de nombreux actes souvent si difficiles lui semble d'une facilité étonnante.

A dix-huit ans, il se présente habillé en fille à sa mère qui le réprimande et ne désire plus entendre parler de cette question. A partir de cet âge, le patient emprunte les vêtements de sa sœur et s'habille le plus fréquemment possible en femme.

Premiers rapports sexuels à vingt et un ans avec une jeune fille qu'il a choisi à peu près de même taille que lui, ce qui lui permet de lui emprunter ses vêtements. Fait notable, il semble bien que ce dernier motif ait été primordial dans le choix de sa partenaire pour ses premiers rapports hétéro-sexuels, car il fallait bien, nous dit-il, qu'il ait des rapports un jour ou l'autre ; donc, libido de type masculin nulle ; il ne se sent pas attiré vers le sexe féminin ; il nous dit même qu'il éprouvera pendant longtemps un dégoût pour ces rapports qu'il nous dit avoir pour faire en quelque sorte comme tout le monde.

Il a d'autres liaisons avec des femmes sans aucune satisfaction. Il essaye de se débarrasser du problème qui le poursuit depuis son enfance : « Suis-je un homme ou une femme, j'ai des organes sexuels d'homme et j'ai l'impression d'être une femme ». Il se marie avec une femme pour laquelle il semble avoir une affection réelle et qu'il met au courant de son état. L'entente dure environ un an et demi et au bout de trois ans il divorce. Pour remplir normalement ses devoirs d'époux, il essayait de se « doper » avec des hormones mâles, dont on ne peut préciser

la nature, mais cette intention semble bien marquer un désir tout de même de faire tout le possible pour essayer d'être homme et garder l'équilibre dans son ménage.

Ce nouvel échec et le stress permanent auquel il est soumis affaiblit considérablement sa personnalité et il recherche la mort accidentelle. Sa vie est totalement désorganisée ; il ne recherche plus d'emploi et tous les expédients pour vivre deviennent bons ; pendant plusieurs mois, il entre en contact avec des milieux louches et, par bravade, participe à des opérations condamnables ; il en parle actuellement pour nous souligner à quel point il était inadapté, en se remémorant ces faits comme de véritables folies.

Il fait connaissance avec une ambiance particulière qui lui révèle l'homosexualité. Il devient alors bisexuel.

Au cours de ses rapports homosexuels, il a tantôt le rôle du partenaire actif, tantôt celui de partenaire passif, qui seul le satisfait, car il s'assimile ainsi au sexe féminin.

Notre patient porte des habits féminins en permanence depuis environ dix ans. Il a réussi à se procurer quelques papiers sur lequel il s'est fait inscrire avec un sexe féminin (carte de sécurité sociale par exemple), ce qui lui permet d'échapper aux tracasseries policières dont il a gardé un mauvais souvenir.

Sa libido a diminué au cours de ces dernières années et il semble parallèlement que son équilibre psychique se soit amélioré depuis qu'il a décidé de porter en permanence des habits féminins malgré les ennuis qu'il pourrait avoir.

Alors qu'il n'avait, jusqu'aux cinq dernières années, pu travailler normalement et se faire une situation, il est devenu gérant d'une maison de champagne et fait face à toutes les difficultés que cela comporte.

Notre patient présente encore une caractéristique particulière que l'on peut interpréter comme un complément de son travestissement : il a une voix qu'il veut féminine mais dont le timbre n'est pas net et qui n'est en fait qu'une imitation de voix féminine. Il s'est si bien habitué à cette voix d'emprunt qu'il lui est pratiquement impossible de retrouver son timbre normal plus grave : il n'y arrive qu'avec un effort exceptionnel qui lui coûte, alors qu'il s'exprime très facilement avec sa voix d'emprunt et est même très loquace.

Quand nous avons vu ce malade, qui par ailleurs a un état général excellent, il semblait déjà avoir résolu lui-même son problème en partie. Sur le plan professionnel, il est arrivé à trouver une stabilité suffisante qui lui permet de travailler normalement. Sur le plan social, son ingéniosité et sa ruse lui ont permis de vivre en femme et, malgré les risques que cela comporte, il a tout mis en œuvre pour les éviter, mais il reste cependant encore un désir après cette existence pénible, c'est la possibilité de trouver un compagnon et non une compagne, et en outre de se savoir femme tout à fait (encore que sur ce point que nous n'avons pu approfondir, nous aurions aimé pouvoir pousser en milieu psychiatrique l'examen psychique pour juger de la réelle sincérité de notre malade).

Notons qu'un traitement par les androgènes avait été essayé chez notre patient, il y a environ cinq ans. Il n'eut, d'après le malade, comme seul résultat favorable qu'une légère accentuation de sa gynécomastie. Ce traitement n'apporta aucune amélioration psychique.

Le patient nous dit s'être trouvé bien d'injections de folliculine qui semblent avoir donné une certaine relaxation, probablement, comme le dit le Docteur HAMBURGER, par une inhibition de la sécrétion testiculaire.

En résumé, cette observation relate la vie d'un travesti qui a pu malgré le sentiment malheureux qui le poursuivait, s'accommoder au début assez mal à la vie, puis petit à petit à cause de ce stress persistant a été entraîné à des tentatives de suicide, puis reprise de la lutte pour essayer de vivre normalement, puis une désorganisation de la personnalité au point de l'entraîner à des actes répréhensibles sur le plan social et à l'homosexualité sur le plan sexuel. Pour arriver enfin à une vie à peu près normale avec le travestissement habituel et la diminution de la libido.

Si nous rapprochons ces deux observations, nous voyons que notre premier jeune malade, dont la personnalité malgré cette inversion reste assez forte, est à la merci d'une désintégration tôt ou tard de son « moi » si nous ne lui venons pas en aide, entraînant une inadaptation sociale s'accroissant avec la persistance du problème irrésolu de son sexe comme c'est le cas dans notre deuxième observation.

DIAGNOSTIC

Toutes les observations relatées concernent des hommes. Elles sont d'ailleurs rares et l'affection est exceptionnelle. Sa caractéristique est le port permanent de vêtements du sexe opposé et le sentiment intime, en accord avec cet accoutrement, d'appartenir effectivement au sexe opposé malgré une constitution masculine quasi normale.

MORPHOLOGIE

La morphologie de ces sujets présente quelques traces de féminisme, en particulier, comme le signalaient déjà HIRSCHFELD, MARANON, WEIL, un élargissement anormal du bassin, un aspect d'ensemble efféminé, avec démarche et gestes caractéristiques des mains, surtout, qui les font rechercher par les homosexuels. Parfois, la pilosité est un peu faible (ou a eu une apparition tardive) ou a des caractéristiques féminines : la chevelure est abondante et persistante, la voix un peu fluette, l'adiposité de la poitrine un peu forte ; ou il existe une gynécomastie vraie. Pour MARANON, l'adiposité mammaire peut être considérée comme un signe hypogénital, ainsi que l'existence d'un réflexe crémastérien très vif, avec ascension nette du testicule et persistance de la perméabilité du canal inguinal.

La musculature du cou qui, pour PENDE, est un signe important de virilisme, est peu développée, les sterno-cléido-mastoïdiens peu sail-lants. Le pannicule sous-cutané plus adipeux et le moindre développement de l'appareil locomoteur rendent la musculature peu saillante.

Certains auteurs, tels VIERARDT, WEIL, PENDE, ont donné des tables permettant de définir cliniquement le type de l'individu par la mensuration de la largeur des épaules et du bassin, ainsi que le rapport de ces deux dimensions. Le rapport aussi entre le pourtour tho-

racique et pelvien, ces mensurations pouvant nous permettre, si nécessaire, de justifier la féminisation de l'individu quand d'autres petits signes d'intersexualité ne sont pas évidents.

Mais il ne faut pas oublier que l'intersexualité, fruste de par la constitution naturelle à l'origine de l'individu, est très fréquente. L'homme pur et la femme pure étant des cas extrêmes qu'en réalité on ne rencontre presque pas. Seule une majorité de signes prédominants, physiques et psychiques, permettra au médecin la classification dans une des deux catégories des registres civils hommes ou femmes. Et si la nature, par hasard, fait une erreur minime, un individu aura les caractéristiques d'un sexe civil sans avoir l'intime conviction d'y appartenir car, comme le soulignait CAULLERY, on dirait que tout l'organisme est imprégné par le sexe, qui se révèle d'une manière plus ou moins perceptible dans chacune de ses parties et non uniquement par ses gonades. Une petite gynécomastie pourra, chez un individu prédisposé, laisser la place au doute quant à son véritable sexe et entraîner une névrose obsessionnelle pendant sa vie durant, malgré la morphologie grossièrement normale des organes génitaux externes, qui semble être la règle dans ces cas.

D'autres petits signes de perturbation dans le développement et la croissance de ces individus doivent être recherchés systématiquement. La tendance féminoïde aura pu être très nettement marquée à la puberté, qui a pu aussi être anormale par sa longue durée, laissant persister un psychisme infantile qui marquera la personnalité de l'individu. On retrouve chez nos deux malades une cryptorchidie ayant nécessité des interventions chez l'un. L'ectopie double s'accompagnant d'autres malformations congénitales, en particulier phimosis, agénésie du méat urétéral, avec hydronéphrose gauche et atrophie du rein chez un de nos malades.

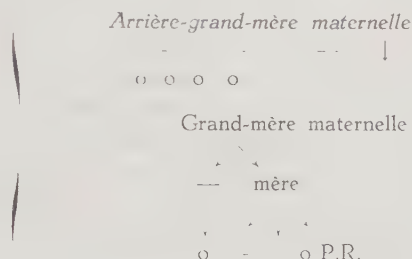
Certains auteurs ont signalé la fréquence des anomalies de l'appareil rénal dans l'agénésie ovarienne (TURNER) et, parallèlement, devrions-nous rechercher ces anomalies chez nos malades. Nous avons retrouvé une observation publiée dans les archives de pathologie (1) par PRICHARD, WINSTON, SALEN, du North Carolina Baptist Hospital, qui, au cours d'une intervention chirurgicale, ont trouvé un utérus unicorne associé à l'absence du rein droit chez un homme.

Il semble donc que l'existence d'anomalies congénitales rénales existe souvent parallèlement aux anomalies de l'appareil génital, ce qui pourrait donner un intérêt, dans la pratique chez de tels sujets, à faire une UROGRAPHIE et une CÉLIOSCOPIE.

(1) AM.A., novembre 1953.

Il est intéressant de noter le caractère héréditaire des anomalies congénitales chez notre premier malade (P.R.) :

- 1 cousin germain étant mort-né avec spina bifida total et *méningocèle* ;
- 4 parents proches mort-nés :
 - 3 avec spina bifida total et *méningocèle* ;
 - 1 avec tête de lièvre (bec-de-lièvre, yeux rouges, oreilles pointues).
- o = anomalies congénitales



PSYCHISME

L'émotivité, l'idéation se développent à l'intérieur de la sphère d'action du sexe et, dans chacun d'eux, pénètre une modalité spécifique d'une certaine sorte, disons une modalité sexuelle qui, chez nos malades, se révèle de type féminin. Le sujet a les caractéristiques psychiques et la libido d'une femme. Quand la personnalité de l'individu est forte, comme c'est le cas pour P.R., la sexualité semble plus proche du type infantile avec sa tendance polymorphe et l'indétermination de son objet lorsque la personnalité est plus faible. Dans la psychologie et les caractères généraux de l'inverti, il y a fréquemment beaucoup de puérilisme.

Le symptôme dominant porte sur les vêtements. Les vêtements d'homme deviennent un déguisement intolérable et maintes occupations masculines deviennent opprimantes. L'individu conçoit comme aller contre sa nature le fait d'agir et vivre comme un homme sans jamais avoir la possibilité de suivre ses propres inclinations. Cela entraîne un stress cérébral continu, avec des conflits nerveux intenses pouvant aller jusqu'à l'idée de suicide.

Ces malades finissent souvent par désirer ardemment l'amputation de leurs organes sexuels pour lesquels se développe une répugnance totale.

L'état d'anxiété permanent est supprimé quand l'individu mâle troque ses vêtements masculins contre des vêtements féminins. L'équilibre et l'inspiration reviennent avec le troc d'habits qui, dans ces cas, n'est pas venu dans le but de satisfaire une tendance sexuelle et le travestissement est respectable et non provocateur.

COMPORTEMENT SEXUEL

Pour beaucoup de psychanalystes, souvent les petits épisodes de la vie sexuelle habituelle renferment un fond secret ou inconscient d'homosexualité liée à la constitution intersexuelle de la majorité des individus, d'où la nécessité encore plus impérieuse que chez les autres de créer chez nos malades une personnalité forte dès l'enfance pour lutter contre cette tendance qui, fatalement, les conduira vers l'homosexualité pour laquelle ils éprouvent un réel dégoût tant que leur personnalité est intacte.

L'attirance pour un homme hétérosexuel n'est pas rare et ces individus voudraient pouvoir être placés sur le plan féminin pour répondre à cette impulsion naturelle entre eux.

L'attirance vers le sexe féminin est généralement sur un plan plus élevé (sentimental, platonique) ; seulement, très rarement, cette attirance a une base érotique. Le fait dominant est le besoin d'atteindre l'idéal de perfection.

Les individus souhaitent supprimer la tendance au travestissement, certains mariages se réalisent. Mais cet accouplement entre des femmes normales et des travestis s'avère vite inharmonieux et doit être dissous, sauf si la femme, ce qui se voit, accepte la tendance vers laquelle évolue le mari.

L'entente sexuelle réciproque est rare, le travesti se considérant lui-même comme un partenaire passif.

Le comportement sexuel de ces sujets varie en fait avec : l'âge, le milieu, l'influence des conditions extérieures et l'éducation.

Chez notre jeune malade de vingt ans, la chasteté est encore totale, en dépit de certaines aspirations, et, le fait que nous soyons ainsi à la croisée des chemins, donne au problème humain qui nous est soumis, toute son acuité. Avec l'âge, comme on peut s'en rendre compte à la lecture de notre deuxième observation et d'après celles d'autres auteurs, l'évolution est variable.

EVOLUTION

C'est dès le début de l'affection qui remonte à l'enfance — souhait intense d'être une fille, envie et satisfaction de s'habiller en fille — qu'il faut s'occuper de ce problème qui ne fera qu'être de plus en plus douloureux pour l'enfant. La puberté pouvant accentuer cet état anormal par sa durée excessive, l'esprit de l'adolescent favorisant le doute qui a envahi l'enfant tout jeune. La gynécomastie ou la cryptorchidie pouvant accentuer l'incertitude sexuelle, la laissant dans l'indifférenciation de son objet au lieu de la préciser.

Le jeune homme a tendance à se séparer de ses amis, à s'isoler, à se replier sur lui-même : il est inadapté aux conditions de vie qui l'entourent. Le manque de compréhension qu'il rencontre le pousse à rejeter ses camarades masculins.

Par la suite, le sentiment d'être une femme et l'action qui doit être celle d'un homme, sera le facteur principal qui marquera la vie du patient. Au cours de ses premières années d'adulte, il essaiera de dominer ses tendances au travestissement en recherchant un travail masculin, il essaiera d'aboutir, si possible, et de réaliser un foyer. Quelques-uns, souvent en vain, cherchent une assistance médicale.

Souvent incompris, ils risquent d'être livrés à eux-mêmes et l'antithèse entre le sentiment féminin et l'action virile sera un foyer névrosant, continuellement renouvelé.

Certains patients abandonnent la lutte et satisfont leur tendance au travestissement d'eux-mêmes et l'on peut supposer que beaucoup de travestis vivent ainsi sans que personne suppose leur existence anormale. La profession artistique va fournir un débouché à leur aspiration. La scène pourra permettre de satisfaire cette tendance, mais ils encourent le danger du milieu auquel ils risquent d'échapper difficilement.

L'affectivité de ces hommes est d'ordinaire particulièrement exquise, avec la même instabilité caractéristique chez la femme et l'enfant, de sorte que ces sujets sont à la merci de l'impression du moment, hypersensibles au bonheur et aux revers et, par conséquent, d'une grande instabilité sociale. Dans certains cas, il sera possible de découvrir les antécédents : fils très gâtés, enfance nuisible à l'époque de la puberté, enfance artificiellement prolongée. Il ressort que, donnant toute sa valeur à la prédisposition intersexuelle, c'est un ensemble de circonstances psychologiques, agissant d'une façon éventuelle, mais efficiente, qui détermine souvent la conduite érotique ultérieure de l'individu.

L'observation de Michel-Marie POULAIN, peintre, est, à cet égard, assez suggestive :

Ce sujet, de sexe mâle, naît à Nogent-sur-Marne en 1906 ; sa mère désirait une fille, l'habille en fille dès sa naissance jusqu'à sa première communion ; il a des jeux de fille, répugne aux jeux de garçon, va à un cours de fille (le cours Sévigné, puis le cours Maintenon). Plus tard, il est au collège Massillon, collège de garçons, mais le dimanche, il s'habille en fille et, accompagnée de ses grands-parents, « Mademoiselle » Poulain va danser le dimanche au bal de Nogent.

C'est au service militaire seulement qu'on lui coupe « ses cheveux longs ». Même à l'armée, le dimanche, il continue de se travestir. Finalement, après quelques aventures sexuelles variées qui soulignent le caractère complexe de ce cas, il obtient une intervention castratrice qui lui permet de « changer » de sexe, de compléter sa personnalité féminine et de vivre totalement, cette fois, en femme.

Dans de tels cas, il faut se demander si l'influence de l'éducation, du milieu n'a pas été le facteur déterminant de l'inversion psychique. Mais on ne peut nier, semble-t-il, l'existence du terrain prédisposé, constitutionnel, congénital. Il est probable que, dans la majorité des cas, le facteur physique joue un rôle primordial et l'on semble toujours retrouver une apparence féminine chez ces sujets.

Il est raisonnable aussi de supposer que la tendance féminine est favorisée chez l'homme ayant des difficultés sexuelles (impuissance, longue durée de la puberté, avec prolongation du caractère infantile, inadaptation sociale, sentiment d'infériorité plus ou moins conscient par instabilité caractérielle).

Si les caractères gonadiques et génitaux sont normalement du type mâle, la libido, cependant, est très diminuée, soit à la phase narcissistique (asexuelle), ou dans la phase ambivalente. Il existe ainsi un certain degré d'homosexualité passive.

Souvent, ce sont de grands parleurs, des émotionnels, des dilettautes, contrairement à la psychologie mâle typique, fait dans la volonté de pouvoir maîtriser l'émotion et travaillant vers un objectif extérieur et direct.

BALZAC, ce très grand psychologue, emploie le terme d' « eunuques de l'art » pour ce genre d'individus atteints du mal de parler et peu créateurs. Il y avait peut-être dans le causeur des vieux salons français, l'élément d'intersexualité que nous retrouvons chez nos malades.

Souvent, goûts et aptitudes pour l'arrangement, la décoration et les soins domestiques, se retrouvent chez nos malades. Ces individus ont une grande sensibilité aux réactions affectives et moins de dispositions pour le travail abstrait et créateur. Peu d'aptitudes aux impulsions motrices actives et à la résistance passive. Et c'est dans les

activités les plus éloignées de celles du sexe que l'on retrouve ces caractères sexuels féminins. Cet accent sexuel étant particulièrement clair dans le choix de la profession et l'idée de productivité sociale que se fait l'individu.

Il est impossible de dire dans quelle mesure, en vieillissant, cette tendance persiste. Mais le Professeur C. HAMBURGER et ses collaborateurs pensent que ce problème persiste chez des personnes âgées de plus de soixante ans. Ils entendent ne rien sacrifier pour continuer à vivre leur vie de « femme », même comme femme vieillard.

PRONOSTIC

Le pronostic est finalement très grave au sein d'une société qui, comme le dit HAMBURGER, n'admet pas dans le registre des naissances une place pour les intersexués.

Le sujet sombre dans une démoralisation progressive. Sa vie est une tragédie à laquelle il essaie parfois de mettre fin par le suicide, ou la mutilation.

L'observation déjà ancienne de BINDER est à cet égard très suggestive, qui comporte, à l'âge de quarante et un ans, une crise anxieuse grave, avec tentative de mutilation des organes génitaux. Un changement légal de sexe autorisé pour ce patient, après intervention chirurgicale castratrice, lui a permis de mener une vie sociale normale, avec un équilibre à peu près satisfaisant.

Le milieu a certainement une grosse influence sur l'évolution du syndrome.

La tendance homosexuelle est à l'état latent chez ces patients que l'excès de tendresse, de prévenances et de jalousie de la mère, ou de l'éducatrice (grand-mère) ont pu maintenir dans un état d'infantilisme.

L'anxiété continue, les réactions d'hostilité, la fixation à la mère peuvent être des facteurs psycho-affectifs déclenchant, avec l'impuissance sexuelle, la libido.

Ainsi cette affection soulève de difficiles problèmes de diagnostic, de pathogénie et de thérapeutique.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Pour laisser au syndrome du « travestissement habituel » sa pureté clinique, il faut le distinguer des autres cas d'inversions psychiques, travestis intermittents, homosexualité courante, masochiste, intersexualité.

Dans l'intersexualité, tous les degrés peuvent se rencontrer. Les anomalies morphologiques peuvent être importantes, liées à des interventions plus ou moins précoces dans la vie embryonnaire ou post-natale. Les inversions psychiques, comme le souligne CAWADIAS, se trouvant généralement dans les cas d'intersexualité discrète. Nous avons récemment observé dans le Service du Docteur KLOTZ, un jeune adolescent de vingt ans qui, avec une gynécomastie importante bilatérale réalisant une véritable poitrine féminine, un hypospadias important ayant nécessité plusieurs interventions sans aboutir à un résultat nettement concret, une hypotrophie testiculaire avec forte hyalinisation des tubes, une voix féminine présentait, malgré cet ensemble d'anomalies graves, un aspect physique viril, en particulier de par sa musculature très bien développée et un psychisme non équivoque se manifestant par le choix de son activité spontanée (boxe) et par le choix de son métier (tourneur). Il est vrai que le père du jeune homme avait une affection normale pour ce jeune adolescent, qui eut une éducation sans faille.

Les homosexuels sont très différents des travestis. Ils ne renoncent aucunement à leur sexe, ni à leurs vêtements masculins. Même ceux qu'il est convenu d'appeler « homosexuels passifs » sont fiers d'être des hommes, mais ils réclament pour eux le droit à l'homosexualité, en s'appuyant sur des références éclectiques, alliant les rappels à l'esthétique grecque antique aux exemples de psychologie comparée dans l'espèce animale. Si, parfois, ils utilisent le travesti, cette pratique est chronologiquement secondaire et ne leur sert que de moyen pour parvenir à leurs fins.

Tout différent est le sujet atteint de travestissement habituel. Il se travestit parce que, pour lui, l'habit a une signification sexuelle et que, depuis l'enfance, il « sait », il « sent » que son sexe légal n'est pas le sien. Il renie son sexe. Presque toujours, il désire en changer. Il se comporte dans la société comme un être féminin et il fait part de ce désir d'être femme à son entourage. S'il évolue vers l'homosexualité, c'est que, constitutionnellement, le terrain s'y prête du fait d'une homosexualité passive latente que, d'autre part, son moi peut céder plus facilement que chez tout autre individu vers cette tendance, du fait de l'anxiété, de l'inadaptation sociale, de facteurs environnants, mais ce ne sera qu'assez tard dans sa vie sexuelle et bien après le début du syndrome de travestissement.

Nous pensons aussi qu'il y a quelque différence entre les travestis hétérosexuels habituels et les travestis épisodiques montrant une ambiguïté sexuelle plutôt qu'une inversion psychique totale qui caractérise le syndrome et qui en fait tout le drame.

L'éonisme, si l'on prend pour exemple le Chevalier d'EON, vit tantôt comme un homme, tantôt comme une femme et le travestissement est plus voulu que subi.

Il y a dans ces travestis épisodiques, comme le signalent DELAY, DENIKER, LEMPEREUR et BENOIT, un groupement de tendances exhibitionnistes, narcissiques et masochistes.

Nous ne ferons que citer *le féminisme*, qui peut apporter des modifications, non seulement physiques, mais psychiques aussi. Les symptômes cliniques sont associés à un dérèglement des productions hormonales sexuelles, avec augmentation des hormones féminines et diminution des hormones spécifiques masculines. Dans ces cas, il peut se produire un changement pathologique de la glande germinale, plus souvent encore, de la glande surrénale.

Certains auteurs pensent que certaines tumeurs avec prédominance sur les cellules de Sertoli, donnent une élévation des hormones œstrogènes.

Des analyses urinaires, dans ces cas pathologiques, fournissent la preuve, après ablation chirurgicale de la tumeur, que les perturbations vers la féminisation sont dues, dans ces cas, au tissu tumoral embryonnaire de sexe opposé situé dans les glandes sexuelles de l'individu. Citons, à ce sujet, les observations de OESTERGOARD (1947) : tumeur testiculaire ; TEILUM (1946) : tumeur testiculaire.

Les tumeurs féminisantes de la surrénale sont très rares et, depuis 1919, date où BITTORF publia un cas, il semble qu'il n'y ait pas eu plus de 6 à 7 cas semblables chez l'homme. Plus près de nous, SIMPSON et JOLLE (1938), ROHLM et TEILUM (1942) nous apportent 2 observations de tumeur féminisante surrénalienne — l'excrétion d'hormone œstrogène atteignant 3.000 U.I./24 heures.

PATHOGENIE

Nous considérons qu'il est possible que certains cas de travestissements les plus nets soient des intersexués au plus lointain degré, selon la théorie de l'intersexualité de GOLDSMITH.

On sait que la notion de sexe correspond à deux choses distinctes : *le sexe génital et le sexe génétique*.

Le sexe génital est l'ensemble des organes et caractères par lesquels un organisme mâle diffère d'un organisme femelle. C'est le sexe apparent d'un individu.

Le sexe génétique serait inscrit dans le noyau de chaque cellule de l'organisme. Il tient à la présence, dans la cellule initiale résultant de l'accouplement de l'ovule et du spermatozoïde, d'un couple de chromosomes ou de gènes sexuels, dont la formule diffère d'un sexe à l'autre et qui, dans l'espèce humaine, est symétrique chez la femelle (xx) et dissymétrique chez le mâle (xy).

La différenciation du sexe, c'est-à-dire l'ensemble des opérations par lesquelles le sexe génétique détermine le sexe génital, peut être divisée en trois étapes :

1. ETAPE INITIALE DE SÉPARATION DES SEXES

A l'origine, tout individu est fondamentalement bisexué. Cette bisexualité s'affirme à la fois :

- par la potentialité bisexuelle de l'ébauche gonadique (divisée en médulla et cortex);
- par la potentialité bisexuelle de l'ébauche unique (sinus urogénital et tubercule génital externe) qui donnera les organes génitaux externes et se développera dans le sens correspondant à celui de la gonade ;
- enfin par un double système d'ébauche de tendance sexuelle opposée, destiné à donner les gonaducts (canal de Muller, canal de Wolf) dont l'un se développera et l'autre régressera.

Selon certains, on admet que les gonocytes, ou cellule primitive de la sexualité, émigrent suivant l'activité des gènes sexuels, dans l'une ou l'autre des ébauches gonadiques. Ou bien, le gène sexuel est mâle et les gonocytes émigrent dans la médulla, qui donnera le testicule, ou bien, le gène sexuel est femelle et les gonocytes émigrent dans le cortex qui donnera l'ovaire.

Pour WITSCHI, la différenciation sexuelle du gonocyte ne dépend pas de la constitution génique, *mais du milieu*. La médulla se comporte comme un inducteur de différenciation mâle, le cortex comme un inducteur de différenciation femelle. WITSCHI, GOLDSCHMITT, VAN NINI admettent l'existence de substances inductives à action pré-hormonale qu'ils appellent la médullarine et la corticine, qu'ils assimilent aux stéroïdes sexuels et qui joueraient un rôle fondamental dans cette fixation première de la gonie primordiale ou gonocyte, dans la médulla ou le cortex, fixation dont dépendra le sexe de la gonade.

2. ÉTAPE DE DIFFÉRENCIATION DU TRACTUS GÉNITAL

Elle s'opère sous l'influence des hormones sexuelles sécrétées par l'ébauche gonadique devenue mâle ou femelle. Le tractus génital se différencie alors selon le type prévu. Ainsi s'édifient les caractères sexuels primaires.

3. ÉTAPE D'APPARITION DES CARACTÈRES SEXUELS SECONDAIRES

Cette étape est franchie à la puberté, sous l'influence des hormones génitales.

Etant donné ces différentes étapes de la différenciation sexuelle, les divers cas d'ambiguïté sexuelle ou d'intersexualité dépendent du moment où interviendra la perturbation.

Si l'élément perturbateur, sous la forme, par exemple, d'une tumeur sécrétant de l'hormone hétéro-sexuelle, intervient après la naissance, il réalise une inversion des caractères sexuels secondaires et une hypertrophie progressive de la gonade et des organes génitaux externes.

Si elle intervient dans la vie fœtale, après la septième semaine, c'est-à-dire après le stade de détermination de la gonade, l'anomalie endocrine réalisera de graves anomalies morphologiques des *caractères sexuels primaires*, c'est-à-dire les ambiguïtés sexuelles caractéristiques des gynandroïsmes ou androgynôismes, encore appelés pseudo-hermaphrodismes mâle ou femelle. C'est dans de tels cas qu'une erreur peut être faite sous la forme d'un soi-disant changement de sexe.

Par exemple, un pseudo-hermaphrodite féminin naîtra avec un pénis, une apparence normale, mais ses gonades sont des ovaires et son sexe vrai est féminin.

Mais si le trouble intervient dans la première étape de différenciation sexuelle, avant même que la gonade n'ait infléchi son orientation dans le sens mâle ou femelle, on pourrait admettre qu'un individu génétiquement femelle voit, pour une raison que nous ignorons, le gonocyte primordial pénétrer, non pas le cortex, mais la médulla et réaliser alors un sujet totalement mâle dans son phénotype (aussi bien dans l'espèce de sa gonade, que dans ses caractères sexuels primaires et secondaires). Et pourtant, ce sujet mâle, sans anomalies aucune, représenterait *« la forme la plus achevée des anomalies sexuelles chez une femelle, c'est-à-dire la forme caricaturale du pseudo-hermaphrodisme, celle dans laquelle l'individu a toutes les apparences d'un sujet du sexe mâle, y compris l'histologie de la gonade »*. Certes, nous sommes là en pleine hypothèse, mais celle-ci a déjà été formulée par GOLDSMITH en 1931, qui écrit : « Si le *drehpunkt* (plaque tournante, point de virage) est très précoce, le développement des organes se fait vers la masculinisation, avec des testicules et des bourses, alors que selon le caractère sexuel chromosomique, ces organes eussent dû être des ovaires et des lèvres. Dans un cas comme celui-ci, l'individu aura l'aspect masculin, mais dans toutes ses cellules, on retrouvera le caractère chromosomique féminin. On n'a pas la certitude qu'un tel état puisse exister, mais ce n'est pas impossible non plus ».

De nouvelles recherches sur le sexe de la chromatine dans le noyau cellulaire, qui ont été poursuivies récemment par BARR, MOORE et GRAHAM, apporteront-elles à cette hypothèse un commencement de démonstration ? Ces auteurs ont montré, par biopsie cutanée, que, dans le noyau cellulaire des cellules de la femme, existait une petite masse de chromatine qu'ils ne retrouvaient pas dans les cellules des hommes et qu'ils ont considérée comme une chromatine sexuée, rattachable aux chromosomes xx. Déjà BARR, dans l'hermaphrodisme, WILKINS, dans le syndrome de Turner, ont commencé à étudier l'application clinique de ces recherches.

Chez notre malade, nous devons signaler que la biopsie de la peau a montré au Docteur SORS un aspect qui lui semble être celui rencontré habituellement chez la femme. « Les colorations chromatiniennes permettent de noter, dans l'ensemble des noyaux de l'épiderme et des glandes sudoripares, la présence d'une petite masse chromatienne qui serait l'indice d'un sexe génétiquement femelle. » Le sexe

chromatine étant dû, d'après MOORE, aux deux x chromosomes et ne se rencontrant que chez une petite minorité des cellules des hommes.

Cette technique étant à ses débuts, nous ne saurions faire de cette constatation un argument fondamental en faveur de la thèse que nous présentons à titre hypothétique et qui nous semblerait cadrer le mieux, peut-être, avec le caractère, en quelque sorte inné, constitutionnel si particulier de ces états. Nous rappellerons ici les malformations congénitales associées sur l'appareil rénal, que nous avons trouvées chez notre malade, ainsi que le caractère familial des malformations congénitales retrouvées chez les parents proches.

Mais si ces causes organiques peuvent jouer un rôle favorisant, il ne nous semble pas moins vrai qu'il faut qu'il existe une névrose obsessionnelle s'étant établie précocement dans l'enfance pour que le féminisme, première étape possible du travestissement, se développe et donne un tableau clinique typique.

La libido n'est pas exclusivement due au simple passage des hormones dans le sang et nos malades qui ont des dosages endocriniens sensiblement normaux, nous le démontrent bien. Il faut que les hormones agissent sur le système nerveux pour donner lieu à la multitude de phénomènes d'ordre végétatif, médullaire et cérébral qui constituent la conscience de l'attraction et les éléments consécutifs de la conduite psycho-sexuelle. Mais il y a, à côté de l'élément chimique, une collaboration nerveuse fondamentale.

Comme le dit justement LIPSCHWITZ, le réflexe érotique est l'exemple le plus typique de collaboration neuro-hormonale. Les centres nerveux sont donc impressionnés par ces hormones de manière différente, selon le système nerveux de l'individu. Ils s'en imprègnent et produisent ce que STEINACH appelle l'érotisation du S.N.

Il est intéressant, ici, de rappeler les expériences de STEINACH chez une grenouille mâle châtrée : le réflexe érotique qui consiste dans « l'étreinte » caractéristique pour retenir la femelle ne se produit pas ; mais, si on injecte dans le sac dorsal de cet animal un extrait de testicule, le réflexe réapparaît.

Si, au lieu de cet extrait, on lui en injecte un autre de cerveau et de moelle d'un mâle en rut, le réflexe réapparaît également. Mais si le cerveau et la moelle qui ont servi à la préparation sont ceux d'un mâle châtré, l'injection est inopérante.

Si l'on injecte des extraits d'autres organes, on observe que le réflexe ne se produit pas non plus. Si, par contre, on injecte un extrait ovarien, le réflexe se produit également. Expérience d'un grand intérêt,

car elle semble démontrer que *l'érotisation n'est pas un phénomène spécifique, mais commun aux deux incréctions gonadales.*

Chez nos malades, il semble bien que l'inversion de la libido soit très précoce et bien antérieure aux sécrétions endocrines pubertaire et post-pubertaire. Et c'est dès la première enfance qu'existe cette inversion de la sexualité.

La sexualité infantile se manifestant précocement en activités de type indirectement érotique dans le choix des jeux (poupées, jeux de ménage, peu de combativité). La différenciation du but érotique, la tendance spécifique vers le sexe contraire, apparaissant plus tard et progressivement, semble-t-il, selon le degré des influences externes (spectacles, vie environnante, vie familiale).

On peut logiquement penser que l'énergie chimique hormonale est susceptible de produire à elle seule une libido de type très peu différencié (1).

Cela fait supposer que la libido déclenchée par l'excitation chimique avec une spécificité obtuse se différenciera ultérieurement, dans l'espèce humaine, suivant un processus psychique.

La personnalité sexuelle de chaque individu se composerait donc de la somme de deux éléments :

- le formateur, ou zigoto-chromosomal ;
- le protecteur, ou hormonal.

HALBAN appliquant l'expression protectrice aux sécrétions internes, insiste sur le fait que l'action des hormones sur la sexualité n'est pas spécifique. Chez nos malades, le trouble fonctionnel est beaucoup plus intense que la perturbation anatomique et chimique hormonale.

Nous pouvons rapporter ici les exemples de FISHER et MARANON : le premier greffant à un eunuchoïde sans libido un testicule normal, vit apparaître une impulsion sexuelle invertie. Le deuxième, dans un cas d'homosexualité, fit greffer un testicule de singe qui augmenta la libido dans le sens homosexuel. KREUTER greffa à un homme normal châtré le testicule d'un homosexuel et observa que la libido, auparavant absente, apparaissait, non dans le sens homosexuel, mais normal.

Mais il est évident qu'il faut tenir compte, dans l'interprétation de ces cas, du facteur suggestif qui influence fortement le résultat et

(1) Exp. de STEINACH, *Zentral Physiol.*, 1910-1924 ; — HARMS, *Pflugers Arch.*, 1910-1933 ; — MEISENHEIMER, *Experimental Untersuchungen über die Innersckietion der Keimdrüsen* (Iena, 1914).

de l'action des greffes qui s'épuise rapidement. Il semble bien, en fait, que la sensibilité d'un système aux hormones génitales soit un caractère soumis à l'hérédité, avec des anomalies (sex — linkage — mutations). Ainsi, le type est le genre congénital inhérent à la constitution et à l'activité nerveuse de l'individu, le génotype. Mais comme l'individu est, dès sa naissance, soumis aux influences les plus variées du milieu ambiant, auxquelles il est forcé de répondre par des activités déterminées qui se fixent souvent pour toute la vie, il se trouve que l'activité nerveuse réelle et définitive sera un amalgame des caractères du type et des modifications dues au milieu extérieur (PAVLOV, *Œuvre*, p. 276).

Ainsi ces syndromes ont pour origine un trouble du système de régulation constitutionnel, avec un dysfonctionnement de ses composantes portant sur les gènes, le psychisme, les facteurs endocrines et les facteurs extrinsèques. Peut-être existe-t-il des troubles métaboliques durant la gravidité.

Le fait que ces inversions psychiques ne se retrouvent dans la grande majorité des cas dans des intersexualités minimales, peut s'expliquer de la façon suivante : si l'intersexualité dépasse les limites compatibles avec le type sexuel normal et que l'individu acquiert un aspect monstrueux, les facteurs exogènes procédant du milieu social — facteurs dépressifs — entrent en jeu et inhibent la libido. Par contre, quand il existe une certaine féminité esthétique, qui n'est, en fait, qu'une apparence de féminité, les troubles psychiques sont plus graves. Mais en question sexuelle, *il semble bien que l'apparence ait une très grande valeur et, si un homme ressemble à une femme, il lui ressemble parce qu'un nombre significatif de ses caractères sexuels ont un accent féminin* et cette féminisation somatique légère pourra provoquer une tendance érotique inverse.

Il apparaît ainsi que ces êtres présentent une sexualité, qui offre au caractère, comme à la névrose, une base constitutionnelle, sur laquelle les événements infantiles viennent bâtir leur édifice. C'est cet édifice que la psychanalyse permet de réviser, mais les fondations en demeurent. Il est bien évident que le mécanisme de différenciation progressive de l'objet sexuel soit lié, par un processus d'association, au réflexe érotique d'un ensemble de circonstances qui furent présentes à ses premières manifestations et qui orientèrent et réalisèrent dans un sens déterminé le déclenchement de ce réflexe.

Chez ces individus, les fonctions du moi s'épuisent à éliminer une énergie pulsionnelle qu'elles ne peuvent intégrer et qui finit par les désorganiser. Leur action est perturbée, tant en ce qui concerne la réponse aux exigences de la réalité extérieure, que la réponse aux pulsions émanant de l'inconscient. Peu à peu s'édifie ainsi un moi

faible, avec ce qu'il comporte de difficultés d'adaptation, ou encore de véritable désorganisation de la personnalité.

L'insatisfaction créée par leur état engendre l'angoisse. Si le moi n'a pas atteint un degré de maturité suffisant, la frustration déclenche des réactions d'agressivité inadaptée, qui se traduisent chez un de nos malades par des actes sociaux répréhensibles suivis de tentatives de suicide.

FREQUENCE COMPAREE **du désir de changer de sexe** **entre travestis et autres patients**

Le désir de changer de sexe est souvent évident chez les travestis habituels et, à côté du troc d'habits, il est quelquefois le symptôme dominant.

Une publicité tapageuse faite par les journaux a permis au Docteur HAMBURGER, de Copenhague, d'essayer de bâtir une statistique sur ce désir de changer de sexe chez les individus, et nous lui emprunterons quelques données intéressant notre rapport. L'auteur reçut de toutes les parties du globe, en moins d'un an quelques 1.117 lettres, parmi lesquelles il en releva 165 qui semblaient exprimer un désir réel de changer de sexe. Il se dégage, des statistiques de classement selon les pays, que dans les pays au niveau de vie plus élevé, matériellement et intellectuellement, se retrouvent la majorité des cas (ceci étant dû au fait qu'une très grande majorité d'individus y sont touchés par la presse, alors qu'une multitude d'autres ignorent ce qui se passe au delà de leur région). Il se dégage une nette majorité d'hommes (3 hommes pour 1 femme).

Peut-être le fait que l'auteur ait publié un cas de transformation homme = femme joue-t-il un rôle dans cette statistique.

Nous reportons ci-contre la répartition du désir de changer de sexe dans les différents pays, et la distribution de ce désir selon l'âge. Chez les hommes, la courbe est plus régulière que chez les femmes et la décroissance plus progressive, surtout après quarante ans où il y a pas mal de cas chez les hommes, alors que chez les femmes, la courbe est voisine du zéro. Il est intéressant de noter que les courbes sont réparties en cas de travestis, d'une part, les autres cas ne rentrent pas dans cette catégorie.

On remarque que si l'on exclut les travestis, les courbes comparées hommes et femmes deviennent voisines l'une de l'autre.

De cet abondant courrier, l'auteur note qu'en ce qui concerne les travestis, les questions sexuelles passent souvent au second plan et quand les travestis sont mariés, il existe surtout un désaccord caractériel. La cohabitation est difficile, la cause des divorces étant rarement une aversion pour l'acte sexuel. La fertilité des patients apparaît comme étant très faible.

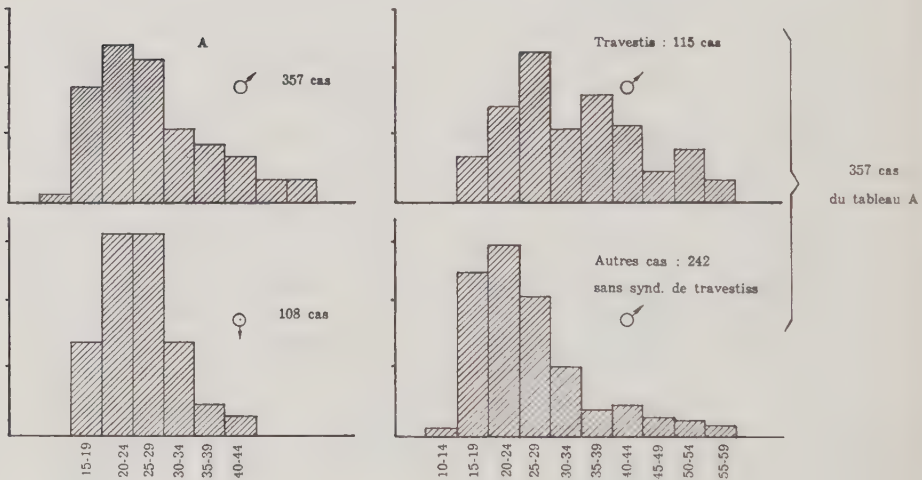
DISTRIBUTION GÉOGRAPHIQUE DES LETTRES

<i>Continents</i>	<i>Régions</i>	<i>H♂</i>	<i>F♀</i>	<i>Total</i>
EUROPE	Autriche	6	2	8
	Belgique	1	0	1
	Danemark	16	3	19
	Angleterre	58	17	75
	Finlande	2	0	2
	France	6	8	14
	Allemagne	43	10	53
	Grèce	1	0	1
	Hollande	0	1	1
	Irlande	0	1	1
	Italie	13	5	18
	Norvège	2	1	3
	Ecosse	2	0	2
	Espagne	1	0	1
	Suède	8	3	11
	Suisse	1	0	1
		160	51	211
ASIE	Indes	1		1
	Malaisie	4		4
	Philippines	2	1	3
		7	1	8
AFRIQUE	Algérie	1		1
	Kénia	1		1
	Maroc	1		1
	Afrique du Sud	12	3	15
	Rhodésie		1	1
		15	4	19
AMERIQUES	Argentine	1		1
	Bolivia	2		2
	Brésil	3	2	5
	Canada	7	1	8
	Chili		1	1
	Cuba	2	2	4
	Mexico	2		2
	Pérou	1		1
	Porto-Rico	1		1
	Uruguay	1		1
		141	39	180
		161	45	206
	Australie	9	4	13
	Nouvelle-Zélande	5	3	8
		14	7	21
Total		357	108	465

Il est particulièrement intéressant de rapporter le tableau de pourcentage des libidos tel qu'il apparaît à travers l'étude du Docteur HAMBURGER. Pour les travestis, l'auteur faisant toutes les réserves de rigueur sur ce que peut donner une étude à travers des lettres et non des observations directes.

Libido	Travestis	
T. hétérosexuels	39	} 40
Désirs homosexuels	19	
Attach. et relat. homosexuels	21	
Bisexuels, autosexuels, asexuels	21	
		75

DESIR DE CHANGER DE SEXE SELON L'ÂGE (*)



— Ordonnées = pourcentage du nombre des cas
— Abscisses = âge

L'auteur note, en particulier, que, chez les correspondants qui ont exprimé un désir réel semble-t-il de changer de sexe, les travestis ont le plus fort pourcentage d'hétérosexualité. D'autre part, chez les travestis, on trouve, avec une fréquence à peu près égale, homosexualité

(*) Il est certain que cette statistique due à une correspondance, oblige l'auteur à négliger les nombreux cas qui auraient pu être décelés dans l'enfance.

et hétérosexualité alors que, d'après HAMBURGER, pas moins de 85 % de non travestis hommes parmi les correspondants, mentionnent une libido homosexuelle.

Dans le troisième groupe renfermant bisexualité et autosexualité ou absence de libido, on retrouve le plus fort pourcentage parmi les travestis.

Naturellement, le groupe de patients dans les différentes catégories dépend d'une évaluation toute subjective, d'après la correspondance reçue par le Docteur HAMBURGER et il est délicat d'en tirer une conclusion.

Il n'en reste pas moins vrai qu'après une étude minutieuse, le Docteur HAMBURGER a réuni dans le même groupe des travestis, que cet auteur nomme éonistes, 115 lettres, desquelles il ressort :

- 62 lettres qui sont suffisamment précises, ou ont pu être complétées par des observations personnelles classées sous la rubrique de vrais travestis ;
- 14 lettres ayant trait à des travestissements secondaires, à des relations homosexuelles ;
- 5 cas où l'impulsion fétichiste est le caractère dominant ;
- 34 cas où l'on ne peut tirer de conclusions nettes, bien que les tendances au travestissement soient présentes, le patient mentionnant que, plus ou moins fréquemment, il s'habille en femme.

Comparativement, l'auteur rapporte des cas d'hommes désirant changer de sexe, mais ne rentrant pas dans le cadre des travestis. Il les classe ainsi :

- 50 cas sans informations suffisamment précises (de graves difficultés les incitant à changer de sexe) ;
- 116 cas :
 - ayant toujours voulu être une fille ;
 - ne pouvant vivre comme un homme ;
 - récit de vie semblable au cas publié par l'auteur, ambiguïté psychique, inadaptation sociale en tant qu'homme, vie malheureuse ;
 - psychisme féminin ;
- 75 cas : tendances homosexuelles avec désir de devenir femme.

L'auteur note que, spontanément, pas moins de 63 correspondants hommes lui signalent un aspect féminin et l'existence de gynécomastie, d'hypogénitalisme.

THERAPEUTIQUE

Nous pensons qu'il est important d'envisager à quelle période, ou plus précisément, à quel âge, le thérapeute doit intervenir.

Nous ne croyons pas qu'à l'âge adulte l'on puisse redonner à ces sujets un psychisme, une libido et les caractéristiques viriles correspondant à leur état civil et à leurs caractères sexuels primaires.

D'après les recherches que nous avons précisées dans la pathogénie, on peut se poser la question : si dans le futur on doit tenir compte, comme facteur primordial du sexe, du facteur génétique. De prime abord, on pourrait pencher vers l'affirmative, mais on peut supposer des cas où l'extérieur sexuel d'un individu est totalement à l'opposé de son type chromosomique et l'on peut ainsi dire qu'une définition du sexe, dans un sens ou dans l'autre, tel qu'il est conçu par les lois sociales, peut ne pas convenir à la nature humaine.

Au point de vue pratique, nous avons vu précédemment que ces êtres offrent un terrain propice aux névroses à base constitutionnelle, sur laquelle les événements infantiles viennent bâtir leur édifice et nous pensons que la psychanalyse peut modifier cet édifice au cours de sa construction, mais les fondations en demeurent.

C'est très tôt dans l'enfance que le psychiatre devra intervenir. Dès les premiers symptômes du travestissement, il faudra avoir recours au psychanalyste, si l'on veut essayer de surveiller et modifier la tendance à l'inversion psychique.

Le plus souvent, ces patients ne viennent à nous que très tard et l'on n'aura pu éviter les causes extérieures favorisantes : l'empreinte maternelle trop prolongée et trop intense sur l'adolescent.

Nous pensons qu'il serait important de suivre de près psychiatriquement ces malades, ainsi que de les traiter par une thérapeutique endocrinienne appropriée, ayant pour but de raccourcir la durée de la puberté, souvent très longue chez ces malades. Il est nécessaire de surveiller très attentivement la morphologie, le psychisme et la libido de ces enfants à partir de la deuxième enfance, la féminisation caractérielle ou morphologique de la puberté.

Il faudra surveiller tout particulièrement, dans beaucoup de cas, l'emprise directe et inconsciente de la mère, qui prend un ascendant excessif sur le fils qui, de son côté, s'habitue à vivre dans l'ambiance maternelle et dans la société des amies de celle-ci.

On continue, lorsqu'il est grand, à lui faire porter des vêtements et des chapeaux, des parures d'enfants ; il prend l'habitude, pour se distraire, de faire des ouvrages de dame, souvent il se déguise avec les robes de sa mère. A cette influence de l'entourage peut s'ajouter la fixation primaire de la libido sur la mère, qui se transmet ensuite à l'enfant, donnant naissance à un état de narcissisme.

Il faudra éviter, chez ces individus, l'affectivité excessive de la mère, camaraderie, internat. La puberté réveille et affirme ce que les événements d'avant la cinquième année avaient fait de la sexualité infantile.

Toute influence pédagogique doit tendre, de bonne heure, à développer les tendances viriles du garçon, mais nous insistons sur la précocité nécessaire de l'intervention médicale. On peut dire que tout inverti psychique fut un peu étrange dans son enfance et sa puberté et, pour ne pas donner une valeur excessive au parallélisme entre l'inversion du psychisme et l'inversion anatomique possible, il faut rappeler qu'inversion morphologique et inversion fonctionnelle ne sont pas parallèles, *mais l'inversion de l'instinct apparaît bien avant les signes anatomiques.*

Nous n'avons pas le droit de négliger ces malades pour lesquels l'assouplissement des cadres cliniques ne doit pas être un vain mot, il faut considérer le malade isolé et non l'inclure dans un cadre social, il faut *l'aider dans la recherche d'un bon équilibre qui puisse lui permettre une activité sociale normale.* La science se trouve devant de grandes difficultés pour préciser le type constitutionnel de l'individu et le bon sens doit nous guider sur ce chemin.

A l'homme de sciences seul appartient d'apprécier, en s'entourant de toutes les garanties scientifiques possibles, la nature de l'inversion psychique. « Chacun, dans ce monde, aime, non ce qu'il veut, mais ce qu'il peut aimer. » Il ne faut, à aucun prix, punir le travesti tant qu'il ne fait pas de scandale.

Quel sera le rôle du médecin lorsque l'inversion psychique est établie depuis de nombreuses années et que le malade est vu après l'adolescence ?

Pour être exceptionnels, ces cas n'en posent pas moins d'angoissants problèmes thérapeutiques. « Nous croyons qu'il faut les aborder, non en moralistes, mais en médecins soucieux de donner la santé, l'équilibre à la fois physique et moral à des patients qui viennent à nous parce qu'ils sont malheureux et qu'ils souffrent. »

Peut-on redonner à ces sujets le psychisme viril, la libido de type viril correspondant à leur état civil et à leur caractère sexuel primaire ? Dans les cas qui nous occupent (c'est-à-dire ces exceptionnelles observations de travestissement habituel consécutif à une inversion psychique ancienne, probablement constitutionnelle), nous croyons que cette tentative est vouée à l'échec.

L'injection de testostérone est parfaitement inefficace. D'ailleurs, la maladie n'est précisément pas dans le manque de testostérone et notre malade a dans les urines un chiffre tout à fait normal d'androgènes avec absence de toute élimination d'œstrogènes.

Dans le cas similaire de travestissement habituel (*deuxième observation*), que nous avons eu l'occasion de suivre, et qui est moins pur par le fait que ce sujet est plus âgé et s'est déjà heurté, ou adapté à diverses circonstances de l'existence, un traitement intensif par la testostérone avait été prescrit antérieurement à notre consultation. Il n'eut aucune influence sur le travesti, sur le psychisme, mais développa seulement une gynécomastie, résultat dont on n'eut pas lieu d'être fier. Ce traitement eut pour effet d'éloigner le malade des consultations médicales car, se sentant femme et non homme, considérant que la nature avait commis une cruelle méprise, il considérait absurde cette thérapeutique opposée à son psychisme. D'autre part, il est possible que cette thérapeutique pouvant entraîner une augmentation de la libido, accentue l'anxiété et le déséquilibre de ces malades. La castration par la folliculine amenant, au contraire, un équilibre psychique comme le constate HAMBURGER et comme nous avons pu le constater à l'interrogatoire chez notre malade de quarante-cinq ans, qui se sent mieux depuis que sa libido décroît.

Une psychothérapie prolongée doit-elle être tentée pour remettre le malade sur le droit chemin ? A coup sûr, et c'est ce que nous avons entrepris chez notre jeune malade. Mais les observations des auteurs qui ont vu des cas similaires sont peu encourageantes. De longs traitements psychiatriques sont inefficaces dans les observations de BINDER et AUBERT, dans celle d'HAMBURGER ; des interventions castratrices ont été pratiquées sur indication psychiatrique (ABRAHAM, HUELKE, etc.).

Peut-être faudrait-il commencer cette psychothérapie dès la première enfance, puisque habituellement, comme dans notre cas, les anomalies de comportement, le goût pour les vêtements et les jeux du sexe opposé apparaissent chez le jeune garçon dès le premier âge.

Alors se pose, pour ces malades, le terrible problème de la castration chirurgicale, de l'amputation du pénis et de la création d'un néovagin, problème qu'il faut aborder avec prudence, mais aussi avec humanité.

Du point de vue légal, dans quelques pays, ces interventions ont été pratiquées dans de tels cas, après autorisation du Conseil de l'Ordre ou du Ministère de la Justice.

Du point de vue médical, les arguments qu'on peut mettre en avant sont de plusieurs ordres :

- d'une part, il est possible, comme nous venons de le dire, que le sexe génétique de ces sujets soit féminin. Les opérer serait en quelque sorte leur rendre leur vrai sexe. Mais nous ne voulons absolument pas nous placer sur ce plan ; d'abord parce que la connaissance du sexe génétique d'un individu n'est pas encore possible à coup sûr, mais surtout parce que le vrai problème est de donner à ces individus, non pas le sexe réel, mais le sexe officiel, qui est compatible avec le redressement de la santé fortement compromise ;
- c'est, en effet, le pronostic si grave de cette curieuse affection qui doit nous amener à nous pencher sur le cas de ces malheureux avec humanité. Toutes les voies leur sont barrées. Pas de possibilité de fonder un foyer et de mener une vie normale d'homme. Toutes les tentatives dans cette voie se sont soldées par des échecs retentissants. Pas non plus de possibilité de mener, sous l'accoutrement féminin, une vie de chasteté totale car, même cette possibilité ne leur est pas socialement permise et le travesti les expose aux tracasseries administratives graves.

Quant à la voie qui les conduit à l'homosexualité, c'est justement celle qu'ils voudraient éviter en réclamant d'être des individus normaux. D'ailleurs, la pratique de l'homosexualité ne diminue pas leur anxiété.

Comme le souligne remarquablement dans ses observations HAMBURGER, *ce qui apporte constamment la baisse de la tension anxieuse et le calme psychique, c'est le port des habits féminins. C'est aussi la castration médicale, réalisée par les hormones femelles*, qui, malheureusement, ne peut être poursuivie de nombreuses années durant, mais il est très remarquable de souligner que la frénation de la sécrétion testiculaire amène une détente psychique très importante, en rapport avec le rôle frénateur des œstrogènes.

C'est pourquoi nous partageons le point de vue de cet auteur et considérons que, dans certains cas, il convient d'envisager la castration chirurgicale suivie de plastie vaginale.

Ce *traitement chirurgical* a déjà été pratiqué avec succès dans quelques exceptionnelles observations par BINDER, AUBERT, BURGER.

PRINZ, HAMBURGER, qui, dans une communication personnelle, nous confirme avoir opéré 3 autres malades depuis son premier cas. Le recul n'est pas encore assez grand pour juger à longue échéance du pronostic éloigné post-opératoire. Il semble qu'il soit bon, avec, cependant, chez certains un désappointement quand il existe des difficultés sociales liées essentiellement au refus légal de changement d'état civil. Mais, sur ce dernier point, l'Ordre des Médecins doit être prédominant, cette forme extrême d'inversion psychique entrant dans le cadre des états d'intersexualité.

Pour notre malade, nous sommes actuellement dans l'expectative. La sincérité absolue de son cas, les conversations suivies que nous avons eues avec sa famille, qui accepte son point de vue et le partage, le drame où nous le voyons plonger avec intensification de son anxiété et idées de suicide, nous amènent peu à peu à considérer que l'intervention chirurgicale est probablement l'attitude la plus sage et la plus humaine ; elle peut s'imposer à nous comme le geste nécessaire du médecin, s'il nous apparaît de plus en plus que c'est le seul geste susceptible de sauver la santé de notre malade ; mais notre décision n'est pas encore définitivement prise.

COMMENTAIRES MEDICO-LEGAUX

En tant que problème social, le travestissement habituel est une affection de peu d'importance, étant assez rare. Mais, sur le plan individuel, c'est un problème primordial pouvant s'échelonner sur la durée entière de la vie de l'individu, depuis la jeunesse jusqu'à la vieillesse.

Médicalement, on connaît peu la nature de cette affection qui est souvent confondue avec l'homosexualité et, pour cela même, non prise en considération. Aussi, d'autre part, il faut bien le dire, parce qu'aucune solution curative n'était apportée au travestissement.

Il est compréhensible que si une solution médicale n'intervient pas suffisamment tôt, le patient subira une série de stress permanents qui peuvent rendre sa vie intolérable et faire de l'individu un inadapté, ce qui est contraire aux intérêts mêmes de la société.

Différentes possibilités semblent pouvoir faciliter la vie du travesti :

- 1° permission de porter des habits féminins en public ;
- 2° reconnaissance légale avec enregistrement de l'état civil féminin ;
- 3° administration de substances œstrogènes ;
- 4° castration ;
- 5° démasculinisation ;
- 6° formation d'un vagin artificiel.

1° *Permission de porter des effets féminins :*

Admise en Allemagne lorsque c'est nécessaire pour le bien-être mental du patient.

En France, certaines lois du Code pénal se rapportent à différents articles :

- Art. 16 (24 août 1790) ;
- Art. 19 (22 juillet 1791) ;
- Messidor an VIII ;

— Art. 471 (parag. 15 du Code pénal, 10 juin 1853);

— Ordonnance de police (1^{er} janvier 1927);

— Ordonnance de police (2 février 1949).

De ces différents articles de loi se dégage la répression du travestissement dans les bals et lieux publics.

La tolérance du travestissement n'évite pas les brimades dont ils peuvent faire l'objet de la part des organismes devant faire respecter ces lois dont l'interprétation ne peut que compliquer sérieusement leur existence.

2° *Intérêt donc de modifier les textes de loi en vigueur*, ou nécessité de les assouplir afin d'aboutir à une tolérance réelle ; éviter que des travestis de bonne foi ne tombent dans l'illégalité. Non seulement tolérance, mais reconnaissance réelle de l'existence de ces états, pour lesquels la vie sociale doit être possible. Pour cela, il serait nécessaire que des dispositions préfectorales, puis légales, soient prises, avec l'aide du Conseil de l'Ordre.

3° *Augmentation de l'aspect féminin* par le traitement œstrogénique. s'il existait déjà, avec inhibition testiculaire et gynécomastie, lorsque l'observation psychiatrique suffisamment longue ne permet plus de mettre en doute le diagnostic de travesti habituel.

Le danger et le risque de cancérisation tumorale au niveau de la prostate (durée du traitement à envisager pendant plusieurs années) justifient le traitement chirurgical.

4° *Castration :*

Très variables sont les lois concernant la castration selon les pays ; souvent, on considère que les glandes génitales doivent être protégées à tout prix ; il n'est pas tellement évident que ce soit un droit de la société sur l'individu que d'obliger celui-ci à garder ses organes génitaux coûte que coûte, si ceux-ci entraînent un intolérable complexe, empoisonnant sa vie et réduisant énormément son activité sociale, parfois jusqu'à un âge avancé.

Il est possible que la législation soit là pour éviter les abus en visant les nombreux cas d'homosexualité ou d'anormaux sexuels qui pourraient alors recourir à la castration, prétendant rentrer dans le cadre des travestis. Mais, en fait, les homosexuels sont le plus souvent des bisexuels qui considèrent que la castration leur serait infiniment préjudiciable.

Il semble que la société outre passe là ses droits en mettant en avant un motif d'intérêt supérieur.

De toute façon, le risque de regret que pourrait entraîner la castration est considérablement réduit si l'on fait précéder la castration chirurgicale d'une castration hormonale par traitement œstrogénique suffisamment prolongé sous observation psychiatrique.

5° *La démasculinisation :*

Les objections d'amputation du pénis et la chirurgie plastique de façon à transformer la région génitale en lui donnant un aspect aussi proche que possible de l'aspect féminin devraient tomber d'elles-mêmes si les stades précédents ont été accomplis ; l'opération ne viendrait alors que compléter le traitement entrepris.

6° *Formation d'un vagin artificiel selon la méthode de MAC INDOE :*

Ce problème peut se poser chez les jeunes personnes d'aspect corporel féminin, en vue de compléter au maximum l'harmonie entre le corps du patient et son psychisme.

Il semble présenter un intérêt bien moindre chez un patient d'aspect viril.

Le Docteur HAMBURGER mentionne qu'après le traitement décrit ci-dessus, qu'il a appliqué à son patient, il a retrouvé qu'un cas analogue avait été publié en Allemagne par HUELKE. Opéré en 1943, le patient avait été revu six mois après par l'auteur et se considérait heureux des résultats.

Il est parfois décevant de constater combien ces malades ont été abandonnés par le médecin et vivent en marge de la société. Quelques-uns semblent avoir eu une fin tragique. Aussi il semble désirable que les médecins et les autorités prennent en considération ces malades, afin d'essayer de les aider au maximum et de leur redonner un équilibre psychique suffisant qui puisse leur permettre une vie normale et une adaptation sociale bonne.

CONCLUSIONS

Dans notre thèse, nous rapportons des observations d'auteurs étrangers et personnelles de travestissement habituel :

Syndrome constitutionnel chez des individus à intersexualité discrète, le travesti habituel se présente vêtu des habits du sexe opposé et accorde à l'apparence externe de l'habillement un caractère sexuel en rapport avec son inversion psychique.

HISTORIQUE :

HIRSCHFELD isola le premier du cadre des ambiguïtés sexuelles les travestis. Plus près de nous, HAMBURGER, de Copenhague, en fit une étude minutieuse et essaya de résoudre le difficile problème thérapeutique et social que pose cette affection rare. D'autres auteurs tels que BINDER, Burger PRINZ, AUBERT, HUELKE, ayant déjà ouvert la voie à la thérapeutique chirurgicale.

ETUDE CLINIQUE :

De l'étude des diverses observations, il ressort que ces malades, dans la majorité des cas, bien qu'ayant des gonades mâles, ont des *caractéristiques corporelles féminines légères* qui mettent l'accent sur leur intersexualité discrète ; l'entourage de ces malades et les personnes qui les approchent leur attribuent de bonne foi un aspect féminin indiscutable.

L'aspect général, les attitudes, les proportions du squelette, la musculature peu saillante, l'abondance de la chevelure, la pilosité de type féminin, la denture ... et souvent une gynécomastie vraie ou une adiposité mammaire, la perméabilité du canal inguinal qui permet de replacer sans difficulté les testicules dans l'abdomen, soit divers signes qui soulignent *l'aspect fémininoïde*.

Dans leurs *antécédents*, souvent il existe des malformations portant sur le tractus uro-génital (phymosis, ectopie testiculaire).

Le symptôme principal de l'affection est le port habituel des vêtements féminins sans lesquels le malade vit dans un état d'anxiété permanente qui entraîne une inadaptation sociale qui peut le pousser au suicide, seule solution à ses yeux au problème angoissant qui existe entre les attributs gonadiques mâles et son psychisme féminin. Toute leur vie se trouve axer sur le désir d'effacer leur masculinité.

EVOLUTION :

L'entourage peut jouer un rôle important dans l'évolution de cette affection qui *débute dès l'enfance*.

Vers quatre ans, le garçonnet montre sa tendance féminine par le choix de ses jeux, il éprouve déjà un vif plaisir à se revêtir des atours de fillette quand cela est possible, c'est le cas d'une de nos observations où la tendance a été favorisée par les grands-parents, l'enfant travesti semblait avoir un équilibre psychique plus stable.

Si le milieu et l'entourage peuvent avoir une influence primordiale et faciliter l'évolution du psychisme vers la féminité sur ce terrain prédisposé (mère castratrice, influence complice des grands-parents), parfois ce milieu semble étranger à l'évolution de la tendance et malgré cela le psychisme féminin s'affirme à l'âge adulte où la tendance au travestissement est alors satisfaite. Souvent même, le travesti a lutté contre cette tendance en essayant d'avoir une vie d'homme normal, se mariant même, tentatives répétées de rester homme qui se soldent par un échec.

COMPORTEMENT SEXUEL (variable) selon le milieu et l'âge :

Entre vingt et vingt-cinq ans, les travestis ont tant que leur personnalité reste intacte, un réel dégoût pour l'homosexualité. L'attirance vers un homme hétérosexuel est très fréquente : ces individus voudraient être placés sur le plan féminin pour pouvoir répondre à une impulsion qui leur semble naturelle.

Le comportement sexuel peut aboutir à l'homosexualité passive, leur intersexualité physique les y poussant et les faisant rechercher par les homosexuels.

PRONOSTIC :

Il est finalement très *grave* au sein d'une société qui, comme le dit HAMBURGER, n'admet pas dans le registre des naissances une place pour les intersexués. Le sujet sombre dans une *démoralisation pro-*

gressive. Sa vie est une tragédie à laquelle il essaie souvent de mettre fin par le suicide ou la mutilation.

PATHOGÉNIE :

Peut-on parler de psychose chez ces patients ?

Ce semble ne pas être l'opinion des auteurs étrangers ni le cas de nos deux malades dont l'un est resté longtemps en observation psychiatrique où il a été analysé minutieusement par le Docteur BOREL.

Les légères perturbations des excréctions hormonales (prégnandiolurie parfois élevée) n'apportent pas non plus d'explication nette d'autant que les dosages des 17-cétostéroïdes révèlent des taux sub-normaux de type masculin (c'est le cas des observations du Docteur HAMBURGER et de notre malade étudié par le Docteur KLOTZ).

Ne peut-on considérer ces individus comme étant la forme extrême des anomalies sexuelles chez une femelle ? forme caricaturale du pseudo-hermaphrodisme féminin dans laquelle l'individu a la majorité des apparences du sujet de sexe mâle y compris l'histologie des gonades.

Certes, nous sommes là en pleine hypothèse, mais celle-ci avait déjà été formulée par GOLDSMITH (1931) qui écrivait : « *Si le *dreh-punk* (point de virage) est très précoce, le développement des organes se fait vers la masculinisation avec des testicules et des bourses, alors que selon le caractère sexuel chromosomique, ces organes eussent dû être des ovaires et des lèvres* ». Dans un cas comme celui-ci, l'individu aura l'aspect masculin mais dans toutes ces cellules on retrouvera le caractère chromosomique féminin.

De nouvelles recherches sur le sexe de la chromatine dans le noyau cellulaire qui ont été poursuivies récemment par BARR, MOORE et GRAHAM, apporteront-elles un commencement de démonstration à cette hypothèse ?

Chez notre malade, nous devons signaler que la biopsie de peau a montré au Docteur SORS un aspect qui lui semble être celui rencontré habituellement chez la femme, avec une petite masse chromatinienne qui serait l'indice d'un sexe génétiquement femelle.

THÉRAPEUTIQUE :

Devant l'incertitude de l'origine de l'affection et son étude assez récente, cette affection reste très difficile à traiter, d'autant plus que le traitement individuel qui pourrait satisfaire le malade et amener

dans l'immédiat une amélioration certaine, se heurte à un problème médico-légal non abordé jusqu'à ce jour en France.

Nous pensons que la *psychanalyse* doit être le premier traitement à envisager, mais elle doit l'être dès les premières manifestations du syndrome dans l'enfance ; seuls les malades où le milieu familial prendra au sérieux cette tendance seront envoyés au psychiatre.

Malheureusement, ce ne sera que beaucoup plus tard que cette tendance sera prise en considération, si toutefois elle ne sera pas négligée par le médecin lui-même.

De toute évidence, la thérapeutique psychanalytique doit encore être tentée dans l'état actuel de nos connaissances ; mais tardive, nous ne pensons pas qu'elle soit efficace chez l'adulte, et les auteurs étrangers ont signalé à diverses reprises ses échecs.

Au point de vue pratique, ces êtres offrent un terrain propice aux névroses sur lequel les événements infantiles viennent bâtir leur édifice au cours de sa construction, mais les fondations en demeurent.

Alors se pose pour ces malades le terrible problème de la castration chirurgicale, de l'amputation du pénis et de la création d'un néo-vagin. Problème qu'il faut aborder avec prudence mais aussi avec humanité.

Avant d'envisager la thérapeutique chirurgicale et avec l'échec de la psychanalyse, nous devons apporter une aide à ces malades afin qu'ils aient une vie acceptable ; pour cela, il faut admettre :

- le port d'*habits féminins* avec lesquels le malade a un équilibre psychique qui lui permet une activité sociale dans la mesure où cette dernière est compatible avec le travestissement. C'est dans ce but que le médecin devrait pouvoir faire prévaloir son opinion afin que le travestissement soit non seulement toléré mais admis légalement quand celui-ci est nécessaire au bon équilibre psychique du patient ;
- *administration d'hormones féminines* (folliculine ou ses équivalents synthétiques) à doses suffisantes pour créer une inhibition de la sécrétion testiculaire vérifiée par le dosage des 17-cétostéroïdes : castration hormonale qui entraîne une relaxation telle que l'équilibre psychique est nettement amélioré, l'état anxieux disparaissant et revenant avec un retour à un taux normal masculin des 17-cétostéroïdes (HAMBURGER).

Ces solutions ne peuvent être que temporaires, c'est pourquoi chez les malades nous posons, comme cela a été préconisé et réalisé dans

certaines pays étrangers (Suisse, Danemark, Allemagne...) (*), le problème de la castration chirurgicale dont l'effet thérapeutique est souligné par les résultats de la castration hormonale.

Du point de vue médical, les arguments qui nous poussent à pencher dans ce sens restent la gravité du pronostic — terrain favorable aux névroses graves, tentatives de suicides, amputation accidentelle du pénis, crises dépressives graves — associée aux caractères cliniques d'ambiguïté sexuelle.

Il n'est pas tellement évident que ce soit un droit de la société sur l'individu que d'obliger celui-ci à garder ses organes génitaux coûte que coûte si cela doit entraîner un déséquilibre psychique réduisant à néant toute activité personnelle et sociale et une vie extrêmement malheureuse.

Si le stade de la castration chirurgicale a été franchi, les objections d'amputation du pénis et la chirurgie plastique, de façon à transformer la région génitale en lui donnant un aspect aussi féminin que possible, devraient tomber d'elles-mêmes.

De nombreuses interventions chirurgicales ne sont-elles pas pratiquées dans l'intersexualité pour redresser les erreurs de la nature ?

Nous voudrions conclure en attirant l'attention sur la gravité de l'affection et sur la nécessité de considérer ce problème tant du point de vue médical que du point de vue social avec beaucoup d'humanité.

D'autres études dans l'avenir apporteront probablement une connaissance meilleure de cette affection qu'il nous a paru intéressant de rapporter afin qu'elle soit prise en considération.

(*) Danish Sterilisation and Castration. (Act. n° 176, may, II, 1935 ; n° 130, june 1929.)

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de Thèse
JUSTIN-BESANÇON

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

- ABRAHAM (F.). — *Ztschr. f. Sexualwissenschaft.*, 1931-1932, 18, 223.
- ALLENDY. — *Revue Franç de Psychanalyse*, t. II, fasc. 2, p. 232.
- AUBERT (G.). — Trois cas de désir de changer de sexe. (Lausanne, Tavannes, 1947.)
- BATTIG (F.), cité par HAMBURGER. — *Doctorate Thesis*, Zurich, 1952.
- BINDER (H.). — *Ztschr. f. d. Ges. Neurol. u. Psychiat.*, 1933, 143, 84.
- BONAPARTE (Marie). — De la sexualité de la femme. (*Revue Française de P.S.A.*, mars 1949, 2, n° 13.)
- BOSS (H.). — Wanderversammlung der sudwestdeutschen Psychiater und Neurologen. (Badenweiler, 1950.)
- BÜRGER-PRINZ, ALBRECHT (H.) et GIESE (H.). — Zur Phänomologies des transvestismus bei Mannern. (Stuttgart, Ferdinand Enke Verlag, 1953.)
- CAVALLERO et ZANARDI. — *A.M.A. Archives of Pathology*, février 1953, II, vol. 55, n° 2.
- CAWADIAS. — Hermaphroditos. The human intersex. (London, Heinemann édit., 1946, pp. 40-64 et 41-42, pl. II-VIII.)
- DUKOR (B.). — *Schweis. Med. Wchnschr.*, 1951, 81, 516.
- FREUD. — Trois essais sur la théorie de la sexualité. (Paris, Presses Universitaires, 1951, p. 156.)
- GEOFFROY DE SAINT-HILAIRE (I.G.). — Histoire générale et particulière des anomalies de l'organisation chez l'homme et les animaux. Des monstruosités. (Paris, 1836.)
- GLAUS (A.). — *Monatschr. f. Psychiat. u. Neurol.*, 1952, 124, 245.
- GOLDSMITH. — Mechanism and physiology of sex determination. (London, 1923.)
- Analysis of intersexuality of the Gypsy Moth. (*Quart. Revue Biol.*, 1931, VI, 125.)
 - Die sexuellen Zwischenstufen, in Gildemeister, M. and others : Monographien aus den Gesamtgebiet der Physiologie der Pflauzen und der Tiere. (Berlin, Julius Springer, 1931.)

- HAMBURGER. — *Acta Endocrinologica*, 1953, 14, 361-375.
- HAMBURGER (C.), STURUP (G.K.) und DAHL-IVERSEN (E.). — *J.A.M.A.*, 1953, 152, 391 (also in *Nord. Med.*, 1953, 49, 844, in danish).
- HAVELOCK (Ellis). — *Studies in the psychology of sex*. Vol. VII. (Philadelphia, Davis, 1928.)
- HIRSCHFELD (Magnus). — *Sexualpathologie*. (Berlin, 1917-1918.)
- *Geschlechtskunde auf Grund dreissigjähriger Forschung und Erfahrung*. (Stuttgart, Puttmann, 1926, vol. I, p. 585.)
 - *Sexualpath.* (Part. 2, chap. 3, Marcus und Weber, Bonn, 1918.)
- HUELKE (H.H.). — *Ein Transvestit Der Fall Heinrich B.* (*Kriminalistik*, 1949, 3, 91.)
- JUSTIN-BESANÇON, KLOTZ (H.P.) et SORS (Ch.). — *Reflexions sur un androgynöide constitutionnel*. (*Semaine des Hôpitaux*, 28^e année, n° 12, février 1952.)
- MARANON. — *Evolution de la sexualité et des états intersexuels*. (Paris, 1931 ; London, 1932.)
- PLICHET. — *Psychologie des hommes cherchant à obtenir chirurgicalement la transformation de leur sexe*. (*Presse Médicale*, 21 sept. 1955.)
- STEKEL. — *Onania und Homosexualität*. (Berlin, 1923.)

